

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO

FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES

ESCUELA PROFESIONAL DE ANTROPOLOGÍA



TESIS

**LA INTERRELACIÓN ENTRE EL PERSONAL DE SALUD Y LOS
USUARIOS DEL SERVICIO DE ATENCIÓN MÉDICA PRIMARIA EN UN
CONTEXTO INTERCULTURAL EN EL CENTRO DE SALUD DEL
DISTRITO DE PARURO, 2023**

PRESENTADO POR:

Bach. FAYED ALONSO CORDOVA

ARREDONDO

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL
DE LICENCIADO EN ANTROPOLOGÍA**

ASESOR: Dr. FLAVIO SALAS OBREGON

CUSCO – PERÚ

2024

INFORME DE ORIGINALIDAD

(Aprobado por Resolución Nro.CU-303-2020-UNSAAC)

El que suscribe, Asesor del trabajo de investigación/tesis titulada: LA INTERRELACIÓN ENTRE EL PERSONAL DE SALUD Y LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE ATENCIÓN MÉDICA PRIMARIA EN UN CONTEXTO INTERCULTURAL EN EL CENTRO DE SALUD DEL DISTRITO DE PARURO, 2023

Presentado por: FAYED ALONSO CORDOVA ARREDONDO DNI N° 71642237

presentado por: DNI N°:

Para optar el título profesional/grado académico de LICENCIADO EN ANTROPOLOGÍA

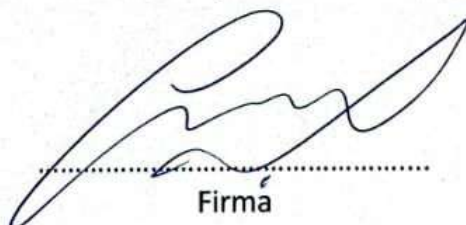
Informo que el trabajo de investigación ha sido sometido a revisión por 01 veces, mediante el Software Antiplagio, conforme al Art. 6° del **Reglamento para Uso de Sistema Antiplagio de la UNSAAC** y de la evaluación de originalidad se tiene un porcentaje de 09%.

Evaluación y acciones del reporte de coincidencia para trabajos de investigación conducentes a grado académico o título profesional, tesis

Porcentaje	Evaluación y Acciones	Marque con una (X)
Del 1 al 10%	No se considera plagio.	X
Del 11 al 30 %	Devolver al usuario para las correcciones.	
Mayor a 31%	El responsable de la revisión del documento emite un informe al inmediato jerárquico, quien a su vez eleva el informe a la autoridad académica para que tome las acciones correspondientes. Sin perjuicio de las sanciones administrativas que correspondan de acuerdo a Ley.	

Por tanto, en mi condición de asesor, firmo el presente informe en señal de conformidad y **adjunto** las primeras páginas del reporte del Sistema Antiplagio.

Cusco, 11 de JUNIO de 2025


Firma

Post firma FLAVIO SALAS OBREGON

Nro. de DNI 23930090

ORCID del Asesor 0000 - 0003 - 3105 - 6683

Se adjunta:

1. Reporte generado por el Sistema Antiplagio.
2. Enlace del Reporte Generado por el Sistema Antiplagio: oid: 27259 : 464651368

Tesis LA INTERRELACIÓN ENTRE EL PERSONAL DE SALUD Y LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE ATENCIÓN MÉDICA PRI

 Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid:::27259:464651368

Fecha de entrega

4 jun 2025, 7:10 p.m. GMT-5

Fecha de descarga

4 jun 2025, 8:55 p.m. GMT-5

Nombre de archivo

Tesis LA INTERRELACIÓN ENTRE EL PERSONAL DE SALUD Y LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE ATEN....pdf

Tamaño de archivo

4.1 MB

269 Páginas

100.898 Palabras

546.165 Caracteres

9% Overall Similarity

The combined total of all matches, including overlapping sources, for each database.

Filtered from the Report

- Bibliography
- Small Matches (less than 8 words)

Top Sources

- 8%  Internet sources
- 2%  Publications
- 5%  Submitted works (Student Papers)

Integrity Flags

0 Integrity Flags for Review

No suspicious text manipulations found.

Our system's algorithms look deeply at a document for any inconsistencies that would set it apart from a normal submission. If we notice something strange, we flag it for you to review.

A Flag is not necessarily an indicator of a problem. However, we'd recommend you focus your attention there for further review.

DEDICATORIA

Con infinito amor para mi padre Isaías Córdova, a quien admiro por su enorme fortaleza, por su compañía infalible que siempre ha aportado paz a nuestra familia, por ser mi inspiración y guía constante. A mi madre Iris Arredondo, por su ternura infinita, su inagotable amor y por ser el pilar de nuestras vidas. Por orientarme con cariño y paciencia en el camino del saber y la vida.

A mi hermana Annie, por su inagotable apoyo, su inspiradora valentía y por recordarme siempre la importancia de seguir adelante con determinación.

A ustedes les debo cada logro.

AGRADECIMIENTOS

A mi familia, cuya confianza inquebrantable me ha impulsado a avanzar siempre con perseverancia, aún más en los momentos más desafiantes. Por brindarme el aliento que solo un amor genuino y desinteresado pueden ofrecer.

Al Doctor Flavio Salas Obregon por su acompañamiento en esta investigación desde las aulas. Por sus valiosos consejos, aportes y su constante apoyo que fueron determinantes para la culminación de esta tesis.

A la antropóloga de inigualable talento Gwendolyne Estela Tarco, por su vocación por el arte y el conocimiento que me motivan e inspiran siempre. Por tu cálida presencia a mi lado, por ser mi compañera en cada paso e iluminar nuestro camino con amor y sabiduría.

A Eduardo Salas, gran amigo y brillante antropólogo, por su constante colaboración, ayuda y cuyas reflexiones han sido invaluable para realizar esta investigación.

A Brayan y Alex, amigos de toda una vida.

A Frida y Melisa, por apoyarme durante el trabajo de campo y por brindarme un hogar en el que me sentí bienvenido. A Benita por su cuidado maternal en mi estadía en Paruro.

Al Seminario de Investigación Interdisciplinaria en Métodos Cualitativos para Ciencias Sociales, organizada por la Universidad de Namur, la Universidad Católica de Lovaina, ARES y la UNSAAC, por sus valiosas herramientas de investigación que han contribuido mucho en el desarrollo de esta tesis.

Al personal de salud de Paruro, por su enorme paciencia y amabilidad para responder a cada pregunta y soportar la curiosidad de un investigador novato a pesar de sus cansadas jornadas laborales.

A las usuarias y usuarios entrevistados, por abrirme las puertas de sus hogares y compartir conmigo sus recuerdos y experiencias. Por su confianza y sabiduría, por compartir sus historias que me han conmovido profundamente.

ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN	1
ABSTRACT.....	2
INTRODUCCIÓN	3
CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA, MARCO TEÓRICO Y ASPECTOS METODOLÓGICOS	5
1.1. Problema de investigación.....	5
1.2. Formulación del problema.....	7
1.2.1. Pregunta general	7
1.2.2. Preguntas específicas	7
1.3. Objetivos.....	7
1.3.1. Objetivo general	7
1.3.2. Objetivos específicos.....	8
1.4. Hipótesis	8
1.4.1. Hipótesis general	8
1.4.2. Hipótesis específicas.....	8
1.5. Justificación.....	9
1.6. Marco teórico.....	9
1.6.1. Aproximaciones teóricas a la interculturalidad	10
1.6.2. Teoría de la hegemonía y subalternidad	27
1.6.3. Convergencias entre hegemonía, subalternidad y salud intercultural	42
1.7. Estado del arte	43
1.8. Marco conceptual	51
1.9. Metodología de la investigación.....	53
1.9.1. Tipo y nivel de investigación	53
1.9.2. Método	53
1.9.3. Diseño de investigación	54
1.9.4. Técnicas de investigación	54
1.9.5. Instrumentos de investigación	55
1.9.6. Unidad de análisis y observación	55
1.9.7. Población y muestra	55
1.9.8. Procesamiento y método de análisis.....	61
1.9.9. Aspectos éticos de la investigación.....	62
1.9.10. Acercamiento y entrada al campo	63
CAPÍTULO II CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL ÁMBITO DE ESTUDIO.....	65
2.1. Ubicación geográfica.....	65

2.1.1.	<i>Ubicación política</i>	65
2.2.	Clima	66
2.3.	Proceso de ocupación histórica y de creación político-administrativa de la provincia de Paruro	66
2.3.1.	<i>Época Pre-Inca</i>	66
2.3.2.	<i>Época Inca</i>	67
2.3.3.	<i>Época colonial</i>	67
2.3.4.	<i>Época republicana</i>	67
2.4.	Población	68
2.5.	Acceso y vías de comunicación.....	70
2.6.	Aspectos sociales.....	71
2.6.1.	<i>Educación</i>	71
2.6.2.	<i>Pobreza e Índice de Desarrollo Humano</i>	72
2.6.3.	<i>Salud</i>	73
2.7.	El Centro de Salud del Distrito de Paruro “Santa Gema Galgani”	74
2.8.	Acceso a servicios de salud	77
2.8.1.	<i>Población afiliada al Seguro Integral de Salud (SIS)</i>	77
2.9.	Idioma y autoidentificación étnica	78
2.10.	<i>Aspectos económicos</i>	80
2.10.1.	Agricultura.....	80
2.10.2.	Ganadería.....	81
CAPÍTULO III LAS DINÁMICAS EN LA INTERRELACIÓN ENTRE EL PERSONAL DE SALUD Y LOS USUARIOS Y LAS COMPETENCIAS COMUNICATIVAS INTERCULTURALES.....		82
3.1.	Consideraciones iniciales: apreciaciones de la diversidad cultural desde el personal de salud .	84
3.1.1.	<i>El entendimiento del contexto intercultural y sus desafíos desde el personal de salud</i>	88
3.2.	Diferentes puntos de enfoque: comunicación intercultural efectiva y el conocimiento del idioma quechua	94
3.2.1.	<i>La perspectiva del personal de salud</i>	95
3.2.2.	<i>La perspectiva del usuario</i>	100
3.3.	“La barrera es del idioma, es más que todo lo principal”: complicaciones en la interacción debido al uso del quechua	104
3.4.	Comunicación, idioma y confianza	111
3.4.1.	<i>Las enfermeras como mediadoras interculturales de hecho</i>	114
3.5.	Características de los usuarios en el entendimiento de las indicaciones médicas	117
3.5.1.	<i>Entendimiento de prescripciones médicas escritas</i>	118
3.6.	Balance del capítulo.....	132

CAPÍTULO IV LAS RELACIONES DE PODER EN LA INTERRELACIÓN ENTRE EL PERSONAL DE SALUD Y LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE ATENCIÓN MÉDICA PRIMARIA: HEGEMONÍA Y SUBALTERNIDAD	138
4.1. La situación de hegemonía	139
4.1.1. <i>Medicina tradicional versus biomedicina o medicina científica ¿Complementariedad o predominio?</i>	140
4.1.2. <i>El predominio del modelo médico hegemónico</i>	140
4.1.3. <i>¿Complementariedad o simple tolerancia?</i>	152
4.1.4. <i>Estrategias de persuasión para la atención médica institucional</i>	158
4.1.5. <i>Estatus asignado y percibido ¿Quién es doctora y quién es señorita?</i>	164
4.1.6. <i>Balance</i>	169
CAPITULO V LA CONDICIÓN DE SUBALTERNIDAD EN LAS RELACIONES DE PODER ENTRE EL PERSONAL DE SALUD Y LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE ATENCIÓN MÉDICA PRIMARIA	172
5.1. Capacidad resolutive del Centro de Salud y valoración de la atención médica por parte de los usuarios.....	173
5.1.1. <i>Valoraciones positivas</i>	174
5.1.2. <i>Resignación sobre la capacidad resolutive: ¿milagrutachu ruankuman doctorpas?</i> ..	178
5.1.3. <i>Valoraciones negativas de la atención médica y quejas de la capacidad resolutive del Centro de Salud</i>	181
5.1.4. <i>Las boticas como alternativa</i>	185
5.1.5. <i>Infraestructura y capacidad resolutive</i>	188
5.2. Espacios de enunciación y subalternidad	190
5.2.1. <i>Apertura para opinar del personal de salud y la ineficacia del libro de reclamaciones ..</i>	191
5.2.2. <i>La interacción conflictiva y los malos entendidos</i>	193
5.3. La medicina tradicional como primer nivel de atención médica	196
5.4. Experiencias anteriores y su influencia en la interrelación con el personal de salud	201
5.4.1. <i>Violencia obstétrica, medicina tradicional y religiosidad como refugio</i>	201
5.4.2. <i>El conocimiento del médico no es para todas las enfermedades</i>	205
5.5. Subalternidad en el personal de salud.....	211
5.5.1. <i>Precarización laboral</i>	211
5.5.2. <i>Desigualdad en la distribución del personal</i>	212
5.6. Balance del capítulo.....	214
DISCUSIÓN	219
CONCLUSIONES	230
RECOMENDACIONES.....	232
BIBLIOGRAFÍA	233
ANEXOS	242

Anexo 1. Matriz de consistencia y categorización.....	242
Anexo 2. Instrumentos de investigación.....	244
Anexo 3. Registro fotográfico.....	257

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Unidad de análisis y observación.....	55
Tabla 2 Muestra de la investigación	57
Tabla 3 Población de la provincia de Paruro por distrito y grupo etario	68
Tabla 4 Población infantil y gestantes esperadas.....	69
Tabla 5 Población que no sabe leer ni escribir y tasa de analfabetismo	71
Tabla 6 Criterios multidimensionales de pobreza e Índice de Desarrollo Humano de la provincia de Paruro	72
Tabla 7 Servicios que ofrece el Centro de Salud del distrito de Paruro.....	75
Tabla 8 Porcentaje de partos institucionales en la provincia de Paruro al año 2021	78
Tabla 9 Cantidad y porcentaje de la población quechua hablante en la provincia de Paruro	79
Tabla 10 Autoidentificación étnica en la provincia de Paruro.....	80
Tabla 11 Asignaturas dedicadas a la enseñanza del idioma quechua en las mallas curriculares de las escuelas profesionales y técnicas dedicadas a la salud en Cusco años 2005, 2008 y 2016.....	106
Tabla 12 Asignaturas dedicadas a la enseñanza del idioma quechua en las mallas curriculares de las escuelas profesionales y técnicas dedicadas a la salud en Cusco	107
Tabla 13 Red de enunciados asociados a la categoría de confianza	112
Tabla 14 Percepciones del personal de salud relacionadas a la predominancia de la biomedicina.....	145
Tabla 15 Percepciones del personal de salud sobre la complementariedad entre medicinas	153
Tabla 16 Consolidado de valoraciones de los usuarios.....	190
Tabla 17 Matriz de consistencia y categorización	242

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1	Comunidades cercanas al Centro de Salud.....	58
Figura 2	Límites políticos de la provincia de Paruro.....	66
Figura 3	Pirámide poblacional de la provincia de Paruro.....	70
Figura 4	Mapa de referencias y relaciones entre establecimientos de salud de la provincia de Paruro.....	76
Figura 5	Población menor de cinco años afiliada al SIS	77
Figura 6	Población de mujeres gestantes aseguradas en la provincia de Paruro al año 2021	78
Figura 7	Red enunciados sobre conocimiento del idioma originario	99
Figura 8	Red de enunciados asociados a la categoría Entendimiento de las indicaciones médicas	126
Figura 9	Cartel derechos y responsabilidad de los usuarios del servicio de salud	129
Figura 10	Carteles sobre deberes de los usuarios	130
Figura 11	Cartel informativo sobre emergencias.....	131
Figura 12	Red del tema competencias comunicativas interculturales	133
Figura 13	Diagrama de Sankey de los temas Conocimiento del idioma originario, comunicación escrita y comunicación efectiva.....	135
Figura 14	Red de categorías sobre situación de hegemonía	170
Figura 15	Red de la categoría condición de subalternidad	215

RESUMEN

Esta investigación tiene como finalidad comprender la interrelación entre el personal de salud y los usuarios del servicio de atención médica primaria en un contexto intercultural en el Centro de Salud del distrito de Paruro. En el aspecto metodológico, se ha tomado en cuenta un enfoque cualitativo, un alcance descriptivo y un diseño fenomenológico. La muestra está constituida por un total de 15 interlocutores, divididos en dos grupos: ocho en el personal de salud y siete en el grupo de los usuarios del servicio de atención médica primaria. Los resultados de la investigación dan cuenta de que existen actitudes de apertura por parte del personal de salud para poder integrar el idioma quechua en su actividad médica cotidiana, algunos de ellos son quechua hablantes lo que facilita la comunicación efectiva y genera confianza en los usuarios. En cuanto a las relaciones de poder, se evidencia una hegemonía de la biomedicina que se refleja en una interrelación parcialmente impositiva por parte del personal de salud. A pesar de esto, se ha podido dar cuenta de algunas actitudes de apertura para la integración de la medicina tradicional. De su lado, los usuarios, desde una posición subalterna, poseen un carácter heterogéneo, algunos valoran positivamente la interrelación mientras que otros presentan quejas y, en función de sus experiencias anteriores, son renuentes a entablar una interrelación con el personal de salud. Por último, la categoría de subalternidad es transitiva, por lo que se puede evidenciar también en el personal de salud, que se encuentra subalternizado a instancias superiores de las que depende su estabilidad laboral y sus condiciones de trabajo. La investigación concluye señalando que la interrelación entre el personal de salud y los usuarios del servicio de atención médica primaria muestra relaciones de poder asimétricas y dinámicas comunicativas complejas, distantes del modelo intercultural equitativo propuesto por las iniciativas estatales. Pese a actitudes de apertura, persiste la imposición de la biomedicina, la indiferencia por las prácticas de salud tradicional y la resignación por la insuficiente capacidad resolutoria del Centro de Salud. Esto lleva a fragmentar la interrelación y a que los usuarios opten por alternativas como las boticas locales como alternativa a la atención médica institucional y por la medicina tradicional.

Palabras clave: Interculturalidad de hecho, salud intercultural, hegemonía, subalternidad, relaciones de poder.

ABSTRACT

The purpose of this research is to understand the interrelationship between health personnel and users of primary health care services in an intercultural context at the Paruro district health center. In the methodological aspect, a qualitative approach, a descriptive scope and a phenomenological design have been taken into account. The sample is constituted by a total of 15 interlocutors, divided into two groups: eight in the health personnel and seven in the group of users of the primary health care service. The results of the research show that there are attitudes of openness on the part of the health personnel to integrate the Quechua language in their daily medical activity; some of them are Quechua speakers, which facilitates effective communication and generates trust in the users. In terms of power relations, there is evidence of a hegemony of biomedicine that is reflected in a partially imposed interrelationship on the part of the health personnel. In spite of this, some attitudes of openness to the integration of traditional medicine have been observed. On their side, the users, from a subaltern position, have a heterogeneous character, some of them value positively the interrelation while others present complaints and, according to their previous experiences, are reluctant to establish an interrelation with the health personnel. Finally, the category of subalternity is transitive, so that it can also be seen in health personnel, who are subaltern to higher instances on which their job stability and working conditions depend. The research concludes by pointing out that the interrelationship between health personnel and users of primary health care services shows asymmetrical power relations and complex communicative dynamics, far from the equitable intercultural model proposed by state initiatives. In spite of attitudes of openness, the imposition of biomedicine, indifference to traditional health practices and resignation due to the insufficient resolution capacity of the Health Center persist. This leads to fragmentation of the interrelationship and to users opting for alternatives such as local pharmacies as an alternative to institutional medical care and traditional medicine.

Keywords: Interculturality in fact, intercultural health, hegemony, subalternity, power relations.

INTRODUCCIÓN

La salud es un tema que no puede dejar de ser abordado y estudiado por la comunidad académica, ya que influye directamente en el bienestar y la calidad de vida de las poblaciones humanas. Por ello, es fundamental que desde la investigación antropológica se pueda contribuir a comprender las diversas dinámicas que afectan la prestación y el acceso a los servicios de salud, especialmente en contextos interculturales donde se encuentran, convergen y discrepan diversas cosmovisiones y prácticas médicas. En tal sentido la salud, se debe entender no solo como una determinación biológica, sino como un proceso profundamente arraigado en las estructuras culturales, sociales y económicas.

En el mundo, el modelo médico hegemónico, concepto planteado por Eduardo Menéndez, está representado por la biomedicina, un punto de vista enfocado en diagnósticos y tratamientos basados en métodos científicos, validados a través de la investigación y evidencia empírica. Esta visión, respaldada por las instituciones de salud alrededor del mundo, choca con prácticas de la medicina tradicional, que se fundamentan en el conocimiento ancestral y popular generado a lo largo de generaciones, a partir de la vivencia, la experiencia, las costumbres y la cultura de las comunidades. Estas dos formas de entender y abordar la salud, a menudo se encuentran en tensión, especialmente en espacios donde confluyen ambas, como es el caso del distrito de Paruro en la región del Cusco.

En este contexto, la interrelación entre el personal de salud y los usuarios del servicio de atención médica primaria revela una serie de desafíos y oportunidades. Los usuarios, la mayoría quechua hablantes, tienen un profundo arraigo en la medicina tradicional, la cual constituye su primer nivel de atención médica. Sin embargo, al acudir al Centro de Salud, se enfrentan a un sistema biomédico que privilegia los tratamientos occidentales y que, en muchas ocasiones, no reconoce ni valora completamente sus saberes y prácticas. Esta situación refleja un claro desequilibrio en las relaciones de poder, donde la biomedicina adopta una posición hegemónica mientras que los usuarios ocupan una posición subalterna.

La presente investigación se enfoca en comprender la interrelación intercultural entre el personal de salud y los usuarios en el Centro de Salud “Santa Gema Galgani” del distrito de Paruro, con un enfoque particular en la manera en la que las dinámicas comunicativas influyen en la calidad de la atención médica y en la interrelación. Por otra parte, se busca caracterizar una interrelación cargada de relaciones de poder a partir de las categorías hegemonía y subalternidad. Asimismo, se analiza el rol del lenguaje, ya que el quechua es la lengua materna de la mayoría de los usuarios y, aunque con importantes excepciones, el grupo del personal de salud utiliza el español como lengua dominante.

De este modo, esta investigación pretende aportar conocimiento sobre complejidades de la atención médica en contextos interculturales y rurales. Esto resalta la necesidad de implementar políticas públicas que fomenten una mayor equidad en la relación entre el personal de salud y los usuarios. La comprensión del fenómeno de la interculturalidad de hecho, concepto que tomamos de Fidel Tubino y Adhemir Flores, es relevante para la creación de estrategias que promuevan una atención médica inclusiva, eficaz, tomando en cuenta tanto prácticas médicas occidentales como saberes tradicionales, y respetando la diversidad cultural de las comunidades andinas y amazónicas del país.

En el capítulo I, abordamos el planteamiento del problema y los aspectos metodológicos. En este capítulo se especifica el problema de la investigación y los objetivos que hemos buscado alcanzar con el desarrollo de la misma. En el marco teórico tomamos en cuenta las propuestas de autores como Xavier Albó, Fidel Tubino y Adhemir Flores, quienes han realizado planteamientos teóricos importantes para analizar la interculturalidad. Además, consideramos la teoría del modelo médico hegemónico de Eduardo Menéndez —con fuerte influencia de Antonio Gramsci— y los postulados de Gayatri Spivak sobre subalternidad. Asimismo, se da cuenta de la metodología seguida a lo largo de la investigación.

En el capítulo II, tratamos los aspectos generales del ámbito de investigación, donde se hace una revisión de las características contextuales de la provincia de Paruro y sus distritos. Realizamos una descripción de la situación poblacional, el idioma y otros aspectos sociales y hacemos un énfasis en la situación de la salud y el acceso a los servicios de salud pública.

En el capítulo III, abordamos las dinámicas en la interrelación entre el personal de salud y los usuarios desde la dimensión de las competencias comunicativas interculturales. Describimos la situación del uso del idioma quechua en la interrelación y cómo este potencialmente influye en la calidad de la atención médica.

La caracterización de las relaciones de poder la dividimos en dos capítulos, IV y V cada uno relacionado a la hegemonía y subalternidad respectivamente. En el capítulo IV, abordamos a la categoría de hegemonía donde se evidencia una primacía de la biomedicina, hecho que influye notoriamente en una actitud de carácter impositivo del personal de salud. Por su parte, en el capítulo V, nos enfocamos en el punto de vista del usuario desde su posición de subalternidad.

Finalizamos con la discusión, donde realizamos una síntesis de los resultados junto a una contrastación con la teoría y el estado del arte. Además, señalamos las limitaciones que implicó la realización de este estudio y, por último, se plantean líneas de investigación que se surgieren a partir de esta tesis.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA, MARCO TEÓRICO Y ASPECTOS METODOLÓGICOS

1.1. Problema de investigación

Perú es un país culturalmente pluridiverso en el que, a lo largo de muchos años, se han desarrollado comunidades étnicas, las cuales poseen características culturales propias. Dichas comunidades han generado una variedad de conocimientos, entre los cuales se destacan concepciones particulares sobre la relación entre salud y enfermedad, así como diversas nociones acerca de la aplicación de tratamientos adecuados.

La diversidad cultural característica de nuestra región andino-amazónica, ha propiciado que se produzcan encuentros y desencuentros en diversos espacios e instituciones. Un ejemplo de esta situación se da en lugares donde se ofrecen servicios de salud, tales como hospitales, clínicas, centros de salud o postas médicas, donde, debido a la variedad de conocimientos y saberes varios, fundamentado en la cultura propia, ocurren situaciones en donde se manifiesta un trato impositivo hacia las poblaciones originarias, con una insuficiente comprensión de toda la trama significacional que las personas han construido en torno a las categorías de salud y enfermedad (Yon, 2017).

En estos contextos de diversidad cultural, la comunicación intercultural juega un rol importante, ya que permite el intercambio y la comprensión entre diversas formas y conocimientos orientados a comprender la salud y la enfermedad. Sin embargo, los profesionales de la salud enfrentan desafíos para establecer una comunicación efectiva y horizontal, especialmente cuando los usuarios provienen de comunidades donde se habla principalmente un idioma distinto al español y se valora una cosmovisión distinta (Albó, 2004). Estas dificultades comunicativas pueden, en algunos casos, reforzar la hegemonía de la biomedicina, desplazando las prácticas de salud tradicionales hacia una posición subalterna y, por lo tanto, limitando la atención médica ofrecida en un contexto intercultural.

Por su parte, el acceso a servicios de salud de calidad sigue siendo una brecha significativa en nuestro país, relacionada con el bienestar de la población y determinante en su capacidad para desarrollarse plenamente en sociedad. Con el fin de que la población acceda a servicios de salud adecuados, el Estado ha promovido la interculturalidad, que puede ser entendida como: “un mecanismo de interacción cultural y horizontal para un intercambio abierto y respetuoso entre grupos diversos”. (Rojas, 2020, p. 12)

Además de ello, un aspecto básico para entender la interculturalidad en la salud es que las acciones llevadas a cabo por el estado deben compatibilizar con las culturas, tradiciones y

formas de vida de los pueblos originarios, de tal manera que estos puedan acceder a servicios de salud adecuados sin ningún tipo de exclusión, discriminación e imposición alguna (OIT, 1989).

Según reportan Huanachin y Pariona (2017), aunque la interculturalidad está integrada en el discurso biomédico, en la mayoría de los casos es simplemente obviada en la práctica o, en su defecto, es aplicada de manera irregular. Esto puede relacionarse con la formación académica y científica del personal que labora en los centros de salud, los cuales, fundamentados en el conocimiento científico sistematizado y de los protocolos médicos propios de su profesión, suelen conducirse de manera impositiva; aunado a ello, no se considera la lengua materna del paciente.

Esta imposición implícita de la biomedicina sobre las prácticas tradicionales puede evidenciar una relación de poder en la que la hegemonía del conocimiento biomédico tiende a prevalecer. Es por ello que los encuentros interculturales, tal como proponen Tubino y Flores (2020) y Walsh (2006), deben ser entendidos desde una óptica que integre relaciones de poder expresadas desde la hegemonía y subalternidad en diferentes dimensiones. En este sentido, los usuarios provenientes de comunidades rurales se ven en una posición subalterna, donde sus creencias y prácticas de salud son frecuentemente minimizadas o incluso ignoradas. Como resultado, se refuerzan tensiones en la comunicación y se limita el potencial para una interrelación intercultural que responda de manera efectiva a las expectativas y necesidades de los usuarios.

La atención médica primaria es un servicio primordial que se ofrece en todos los niveles de atención, desde localidades pequeñas hasta distritos o provincias, con el fin de cubrir las necesidades básicas de salud. Entre los servicios que se brinda se encuentran: “la inmunización, planificación familiar, la prevención y lucha contra enfermedades endémicas de la región, suministro de medicamentos esenciales, tratamiento apropiado de enfermedades y traumatismos recurrentes” (Vignolo et al., 2011, p. 7)

En la provincia de Paruro según los datos del Instituto Nacional de Estadística e Informática (2017), el 77,57% de la población es quechua hablante y el 89,3% se autoidentifica étnicamente como quechua.. En el distrito de Paruro, el Centro de Salud de categoría I-4 “Santa Gema Galgani” ofrece atención médica integral ambulatoria en el primer nivel de atención, representando el primer contacto de los usuarios con el sistema de salud. Este establecimiento, el más cercano para una gran cantidad de población, proporciona diagnóstico y tratamiento para la mayoría de las enfermedades comunes en la región y enfermedades crónicas que también afectan a los usuarios. Muchas de las personas atendidas en este establecimiento,

proviene de comunidades rurales y según establece el Instituto Nacional de Estadística e Informática (2018) un 11,29% de personas se autoidentifican como quechuas.

En este contexto, la relación entre el personal de salud y los usuarios podría reflejar una serie de tensiones, tales como la falta de empatía derivada de una comunicación deficiente en la lengua quechua y el desconocimiento o desconsideración del contexto socio cultural de los usuarios durante la consulta y el tratamiento. Esto impediría una interrelación óptima entre los profesionales de la salud y los usuarios, generando un desacuerdo latente entre el rol asumido por los trabajadores de salud y las expectativas de la población atendida.

Por lo tanto, el trato poco adecuado a las características culturales de la población, podría desencadenar que a futuro ésta quede desencantada y actúe renuente a volver a estos espacios, lo que puede vulnerar el derecho a un acceso a la salud pública gratuita y de calidad.

Finalmente, investigar la interrelación entre el personal de salud y los usuarios, a través de las categorías de hegemonía y subalternidad, permitirá comprender mejor el complejo proceso de interrelación entre los actores sociales. Este enfoque permitirá identificar áreas en las que se pueda promover una comunicación mucho más horizontal y culturalmente pertinente, que favorezca un diálogo más efectivo entre el personal de salud y los usuarios con diferentes características, y así, contribuir al mejoramiento de la atención médica.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Pregunta general

¿Cómo es la interrelación entre el personal de salud y los usuarios del servicio de atención médica primaria en un contexto intercultural en el Centro de Salud del distrito de Paruro, 2023?

1.2.2. Preguntas específicas

- a. ¿Cómo son las competencias comunicativas interculturales en la interrelación entre el personal de salud y los usuarios del servicio de atención médica primaria en un contexto intercultural en el Centro de Salud del distrito de Paruro, 2023?
- b. ¿Cómo se manifiestan las relaciones de poder en la interrelación entre el personal de salud y los usuarios del servicio de atención médica primaria en un contexto intercultural en el Centro de Salud del distrito de Paruro, 2023?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Comprender y analizar la interrelación entre el personal de salud y los usuarios del servicio de atención médica primaria en un contexto intercultural en el Centro de Salud de Paruro, 2023.

1.3.2. *Objetivos específicos*

- a. Describir las competencias comunicativas interculturales en la interrelación entre el personal de salud y los usuarios del servicio de atención médica primaria en un contexto intercultural en el Centro de Salud del distrito de Paruro, 2023.
- b. Caracterizar las relaciones de poder en la interrelación entre el personal de salud y los usuarios del servicio de atención médica primaria en un contexto intercultural en el Centro de Salud del distrito de Paruro, 2023.

1.4. Hipótesis

1.4.1. *Hipótesis general*

La interrelación entre el personal de salud y los usuarios está caracterizada por barreras comunicativas, producto del uso limitado del idioma quechua por parte del personal de salud, así como relaciones de poder asimétricas. Estas barreras y dinámicas afectan la calidad de atención de los usuarios e impiden la eficacia del enfoque intercultural en la atención médica. Además, los usuarios, debido a una insuficiencia de servicios educativos adecuados y pertinentes, poseen capacidades limitadas, para poder comprender indicaciones médicas y ejercer sus derechos como usuarios, de manera que, se profundizan las desigualdades y una relación asimétrica con el personal de salud.

1.4.2. *Hipótesis específicas*

- a. Las competencias comunicativas interculturales del personal de salud del Centro de Salud del distrito de Paruro son limitadas debido a la falta de dominio del idioma quechua y la insuficiente formación en interculturalidad, lo que genera barreras en la interrelación con los usuarios, afectando la comprensión mutua y la calidad de la atención médica.
- b. Las relaciones de poder en la interrelación entre el personal de salud y los usuarios se caracterizan por una hegemonía/subalternidad. La hegemonía se presenta de tal manera que el sistema médico occidental domina al sistema médico tradicional, lo que se manifiesta en la imposición por parte del personal de salud hacia los usuarios, presentándose situaciones de discriminación y exclusión. La situación de subalternidad se presenta de tal manera que los usuarios se ubican en una posición supeditada a la del personal de salud, de esta manera, no poseen espacios de enunciación en los cuales puedan expresar sugerencias, opiniones, y alternativas de cambio.

1.5. Justificación

La importancia de esta investigación se encuentra en que visibilizará las características de la interrelación —la misma que tiene la característica de ser compleja debido al choque e interacción entre saberes y conocimientos sobre la medicina— que existe entre el personal de salud y los usuarios del servicio de atención médica primaria, dentro de un proceso en que el paciente ingresa en un Centro de Salud para ser atendido.

En este escenario, se producen diversas situaciones que pueden resultar conflictivas y donde ambas partes resultan comprometidas, es ahí donde cobra relevancia el enfoque intercultural y que este, sea aplicado de manera crítica y eficiente, teniendo en consideración que una gran mayoría de usuarios de este servicio poseen características culturales particulares, sobre todo, en relación a la concepción de la salud y enfermedad, que difiere al de la biomedicina. Es así como a partir del entendimiento de la diferencia entre ambos actores se pueda alcanzar una importante reflexión y, con ello, lograr un consenso para que así la interrelación entre ambos sea empática y el diálogo intercultural sea adecuado y efectivo durante todo el proceso de atención. De esta manera, esta investigación resulta importante en el sentido de que coadyuvará a que la atención médica posea elementos pertinentes a las exigencias culturales de la población, garantizando así un acceso apropiado a la salud.

Al comprender la relación entre el personal de salud y los usuarios, se contribuye al conocimiento de la realidad andina, por lo que la investigación resulta relevante, en primer lugar, para la población en general, pero sobre todo, aquella que alguna vez ha experimentado una atención poco adecuada a sus requerimientos, y se hayan sentido rechazadas por este tipo de instituciones, evitando después, volver a estos espacios, situación que limita su derecho a acceder gratuitamente a servicios de salud. Además, a partir de una reflexión de la situación de interculturalidad, se podrán diseñar políticas sectoriales que concuerden con la realidad, evitando la mitificación de discursos y atendiendo a las características de la población, para de esta manera ofrecer alternativas que contribuyan a la superación de brechas existentes en materia de salud, principalmente en zonas rurales. Por otro lado, resulta importante para la comunidad de profesionales del campo de la biomedicina, en el sentido de que, a partir del conocimiento de la perspectiva de los usuarios, la comunidad biomédica, podrá reflexionar y conocer sobre las particularidades, convergencias y diferencias en el aspecto cultural que tienen con los usuarios, trascendiendo el tema únicamente normativo o discursivo, adecuando así su trato y actitud durante el ejercicio de su labor, coadyuvando de esta manera a forjar relaciones de mayor confianza con los usuarios.

1.6. Marco teórico

1.6.1. Aproximaciones conceptuales a la interculturalidad

En este acápite revisaremos acercamientos conceptuales sobre la interculturalidad, considerando a este fenómeno como una situación de hecho, es decir, como un proceso de encuentro entre culturas que se ha desarrollado durante la historia de la sociedad humana y, más aún, en un contexto de importante diversidad cultural como es el escenario peruano y de manera específica el contexto andino. También, precisamos la diferencia con la categoría de multiculturalismo. Por último, analizamos el enfoque de la interculturalidad crítica como propuesta.

1.6.1.1. La necesaria distinción entre interculturalidad y multiculturalismo

Debemos partir por establecer una diferencia entre estos conceptos y las implicancias que tienen en el desarrollo de la perspectiva de la interculturalidad. Debido a que, como veremos más adelante, desde un punto teórico, las definiciones y concepciones de estos términos han sido constantemente replanteados desde diferentes perspectivas a fin de generar una mayor reflexión al momento de dilucidar una compleja realidad.

En primer lugar, tal como afirma Alvarado (2002), la interculturalidad puede ser definida como un diálogo que se establece entre culturas distintas, dicho diálogo, parte de la aceptación y valoración de la propia identidad. Tomando en cuenta que, se presenta una interacción y coexistencia —que implica tanto armonía como conflicto—, basadas en tres principios vertebrales, los cuales dependen uno del otro y se articulan de forma dinámica para entender esta relación. Estos son, primero, la búsqueda constante de una igualdad real y verdadera; seguido de, un efectivo ejercicio de derechos, oportunidades y responsabilidades y, por último, el derecho a la diferencia y la unidad en la diversidad, vale decir también la integración de todos, basado en la variedad y construido por todos, de manera voluntaria.

La propuesta de Alvarado, se orienta a entender la interculturalidad, como una relación que se construye sobre la identidad propia de cada cultura y que es asumida por los individuos que la manifiestan, considerando las disimilitudes que pueden existir en el escenario cultural diverso. El planteamiento de este teórico resulta importante debido a que considera cimientos para una construcción óptima de una relación intercultural, coherente con la realidad, que no necesariamente puede ser armónica. Debemos destacar, en este caso, el ejercicio de derechos eficaz, debido a que este concepto nos permite unir teóricamente componentes clave, como el reconocimiento de las diferencias, convergencias y contrastes, que ocurren en la dinámica entre agentes y/o actores sociales diferentes, para nuestro caso, la interacción entre personal de salud y sus pacientes.

Walsh (2006), complementa la idea anterior, señalando que la interculturalidad no solo denota una interrelación sencilla, sino que tiene que ver con: “procesos de construcciones de conocimientos otros, de una práctica política otra, de un poder social otro y de una sociedad otra” (p. 21). Esto implica tomar en cuenta la existencia de maneras diferentes de pensamiento y acción que modelan y dan forma a la realidad en el marco de un escenario moderno y colonial.

La inclusión del concepto de colonialidad, expuesto en el planteamiento anterior, acerca a la categoría de interculturalidad a una posición relacional de tipo desigual. De esta manera, implica una situación de desventaja de una sociedad —no hegemónica— diferente a la occidental hegemónica en sus diferentes manifestaciones, como es el caso del aparato estatal y el modelo médico hegemónico, que revisaremos más adelante.

Al mismo tiempo, el uso de las categorías mencionadas como otro, no sigue un paradigma y poder basados en la diferencia como criterio clasificatorio y de subordinación. Esto quiere decir que se aparta de las normativas coloniales impuestas, desafiándolas y abriendo la posibilidad de la descolonización (Walsh, 2006). Lo que quiere decir que, desde la mirada de la autora, la interculturalidad posibilita la creación de nuevas formas de entender las interrelaciones complejas en la sociedad, más allá de una mirada colonial que ha caracterizado por años a la región de América Latina.

Como se pudo apreciar, las miradas de Alvarado (2002) y Walsh (2006), reafirman una interacción compleja entre culturas, en donde la “diferencia”, no es cuestión de inconvenientes o limitantes, sino la potencial base sobre la que se puede y debe construir. Ambas perspectivas, se asemejan, en el sentido de que se refieren a la interculturalidad como un proceso complicado y constante de construcción relacional.

Por su parte, multiculturalismo, se refiere a un estado, una situación donde una variedad de pueblos y culturas coexisten, según Alvarado (2002), surge como una reacción para frenar los efectos homogenizantes de la globalización, por lo que su interés radica en la salvaguarda, rescate y fortalecimiento de la cultura e identidades diversas.

De esta manera, el multiculturalismo, ha sido definido como la ideología de la globalización que abarca elementos de tipo social y político, así como de la generalización en masa de las migraciones internacionales. La idea y la categoría de multiculturalidad, encuentra sus orígenes en conceptos antropológicos como el relativismo cultural; sin embargo, el concepto de cultura tomado en cuenta por los planteamientos multiculturales, es inmóvil y carente de dinamismo. Esto, porque se considera a la cultura como inalterable, y este mismo concepto dio origen a la noción anglosajona de multiculturalismo, que no toma en consideración aspectos interculturales de tipo dinámicos (Barabas, 2014).

Desde la perspectiva de Tubino y Flores (2020), el multiculturalismo no posee la finalidad de erradicar aquellas concepciones estigmáticas del otro, ni tampoco estereotipos negativos, ni las estructuras simbólicas sobre las que se han edificado la discriminación y el racismo. La interculturalidad, por su parte, busca eliminar la violencia estructural latente sobre las que se ha edificado.

De manera general, a diferencia de la interculturalidad, que afirma una relación, interacción, consciente de las desigualdades sociales y culturales; la multiculturalidad solo expresa una situación de múltiples realidades que coexisten, pero manteniendo características culturales inamovibles a lo largo de la historia.

1.6.1.2. La interculturalidad de hecho: proceso social permanente

La presencia múltiple de realidades, poblaciones y culturas particulares y diversas, indica que la interacción entre ellas, es decir, procesos interculturales, son permanentes y tienen profundidad histórica. Según Menendez (2016), dichos procesos no son ocasionales ni de reciente suceso, sino que, son parte de la vida cotidiana de las poblaciones. Vale decir, no son situaciones o dinámicas excepcionales, sino que, existen y se manifiestan, siempre y cuando se presente una diversidad de sociedades y culturas en contacto histórico constante.

De acuerdo con lo anterior, Ansión (2004), plantea la interculturalidad como una situación de hecho, lo que quiere decir que la diversidad cultural genera cierta densidad en las relaciones, donde, a pesar de que las personas no lo busquen de manera consciente, se ven irremediabilmente influenciadas por características culturales que tienen su origen en tradiciones distintas a la de uno mismo. De esta manera, existen influencias que, sin ser estrictamente reconocidas por los propios actores, inciden en el comportamiento social y colectivo.

Dentro de nuestro ámbito de investigación, el distrito de Paruro, resulta crucial comprender a fondo esta situación fáctica, —que se desarrolla en el contexto actual y que seguramente seguirá ocurriendo—, debido a que implica encuentros, influencias y contradicciones varias. De esta manera, la categoría de interculturalidad de hecho, nos ayuda a establecer y describir una situación que se viene manifestando en el marco de la trayectoria histórica de la población y sus culturas.

También, es necesario señalar, siguiendo a Ansión y Zúñiga (1997), que las relaciones interculturales de hecho, generan ciertas actitudes en las personas que forman parte de estas. Ocurre que no siempre las influencias culturales son reconocidas de forma consciente y, en muchos casos, son rechazadas de manera intencional. El reconocimiento, desaprobación o

desconocimientos de estas características o elementos difundidos, depende en gran medida del prestigio social que se les asigna a estos en diferentes ámbitos culturales.

De tal manera, la disposición frente a las influencias culturales se relaciona de manera transversal y paralela con el contexto en el que se producen las relaciones interculturales. Es decir, la postura actitudinal frente a dichas influencias, al encontrarse relacionada en el prestigio, se asocia significativamente con un contexto donde impera una profunda desigualdad social y de riqueza/diversidad (Ansión y Zúñiga, 1997).

Las mutuas influencias culturales, en países como el nuestro, no se procesan necesariamente de manera armoniosa en un escenario de diálogo y de respeto mutuo. Ocurre, en muchos casos, lo contrario —y se ha venido manifestando a lo largo de la historia, de la humanidad y de gran manera en el Perú—, las influencias mutuas producidas en medio de interrelaciones de tipo jerarquizadas, donde se evidencian situaciones de dominación, explotación, violencia, racismo y discriminación (Ansión y Zúñiga, 1997).

La óptica de Ansión y Zúñiga, ofrece una perspectiva interesante para la investigación, dado que, en este caso específico, se intenta describir la relación de los pobladores usuarios del servicio de atención médica primaria, con profesionales y técnicos de salud. A estos últimos, generalmente, se les asigna cierto prestigio; así como también, de manera análoga, ocurre cierta oposición y rechazo con algunas de sus prácticas.

Por otra parte, para dar cuenta de las relaciones interculturales de hecho, Albó (1999), en el marco de su teoría de interculturalidad, precisa el concepto de diglosia, la cual denota a una situación que es producto de una desigualdad multidimensional económica, social y política. De esta manera, en una realidad social, vista desde la dimensión lingüística en la cual se evidencia una situación diglósica, se verifican dos tipos de situaciones:

- A. Cuando dos lenguas con igual prestigio, pero de diferentes regiones, entran en contacto. Por ejemplo, cuando las élites mundiales, al relacionarse, hacen uso de diferentes lenguas para conseguir una comunicación eficaz. En este marco, el bilingüismo o plurilingüismo se reconoce como un requisito dentro de un mundo globalizado e intercomunicado. Dicha situación no implica la pérdida o la persistente degradación del idioma materno propio, sino que ambas lenguas son consideradas útiles en el proceso de comunicación (Albó, 1999).
- B. El segundo hecho ocurre cuando lenguas de distintos estatus y con cargas distintas de prestigio social se encuentran. En esta situación existe una lengua aceptada socialmente y de alto prestigio, frente a otra de menor prestigio. Así, la lengua subordinada no es transmitida o, en todo caso, existe limitación para su transmisión

a las generaciones siguientes, por lo que paulatinamente tiende a ser menos usada. Así, existe una situación sustractiva, debido a que al adquirir una segunda lengua de mayor prestigio que la primera lengua, la originaria es sustituida por la nueva (Albó, 1999).

Se tratan, entonces, de situaciones diglósicas distintas que denotan motivaciones distintas para la adopción de una segunda lengua. Resulta interesante, para la presente investigación, considerar el segundo caso, en donde se evidencia una situación de jerarquización y subordinación de una lengua, a partir de esta premisa teórica se analizan otras situaciones sociales y culturales que trascienden a la comunicación.

En consonancia con lo señalado por Albó, Tubino y Flores (2020), plantean que la diglosia cultural¹, —basado en el contacto entre normas lingüísticas disímiles—, resulta una analogía interesante, para dar cuenta de la interculturalidad de hecho. La diglosia cultural, plantea que el contacto entre culturas es similar a las que se producen entre lenguas diferentes, de prestigio social desigual. Una de estas lenguas —la hegemónica—, debido a la función que desempeña en la sociedad, se encuentra cargada de prestigios y, la otra —la subalterna—, se convierte en la marca de desprestigio, debido a que no garantiza el acceso al mundo social. De tal manera, la lengua de prestigio es utilizada en espacios públicos, mientras que la lengua subalternizada, solamente es usada en contextos privados, íntimos y de comunidad.

La analogía propuesta, hace referencia a las desigualdades sociales, coincidiendo con la propuesta anterior de Zúñiga y Ansión. Así, la diglosia cultural, entendida desde Tubino y Flores (2020) se refiere a una situación en el marco intercultural de hecho, donde se evidencia una serie de falta de oportunidades de diferente tipo. Y como respuesta a este escenario, la lengua —o cultura si seguimos la analogía— desprestigiada, tiene que acceder en última instancia a aquel recurso lingüístico o cultural que le permita integrarse al mundo social, que puede implicar el mundo laboral, el acceso a la salud, la política, etc.

Desde esta perspectiva, las relaciones entre culturas son dinámicas y responden a situaciones específicas, en función de la urgencia y de los variados propósitos de estas situaciones, la diglosia cultural puede surgir o desaparecer². De esta forma, así como las lenguas solo pueden existir si son usadas para la acción comunicativa, las culturas solo pueden existir

¹ Basado en la hipótesis de Lienhard (1996).

² Tubino y Flores (2020), proponen el ejemplo del idioma castellano y quechua, el primero permite un acceso sencillo a servicios públicos como la educación, la salud y a un sustento laboral adecuado, mientras que el segundo, genera dificultades y restricciones de diversos tipos.

siempre que se manifiesten en actitudes, creencias, hábitos y formas específicas de interacción social, que las personas habilitan y consiguen a partir de procesos de socialización (Tubino y Flores, 2020)

Este punto de vista es complementado por Menéndez (2016), quien menciona que los procesos de interculturalidad, se encuentran operando en la sociedad. Entonces, es a partir de estas dinámicas que se pretende impulsar la interculturalidad, para alcanzar relaciones sociales justas. Sin embargo, desde las instituciones de salud, no se toman en cuenta estas interculturalidades de hecho que ya están presentes, que existen y que se reproducen en la vida cotidiana. Por el contrario, el interés radica en la promoción e integración de poco alcance de la medicina tradicional. Con base en estas acciones, muchas instituciones dan cuenta de una aplicación de una pertinencia cultural, dejando de lado aspectos fundamentales como las igualdades socio económicas. Esta propuesta teórica, explicaría la escasa afluencia de indígenas a las atenciones institucionales.

Debemos agregar el planteamiento que realiza Tubino y Flores (2020), en base a los postulados de Lienhart, quien señala que, fundamentándose en el paradigma de la aculturación asimilacionista, como consecuencia del contacto cultural, resultan un vencido y un vencedor. Suponiendo un antagonismo inherente entre culturas “tradicionales” y modernas de influencias europeas. El problema de este paradigma es que no considera que, tal como existen asimilaciones pasivas, existen también procesos orientados a la integración crítica y creativa.

Se entiende como asimilación pasiva, aquellas que surgen del contacto entre una cultura hegemónica y otra subalterna, que les conduce a estos últimos a tornarse en una suerte de caricatura al intentar recrear las costumbres impuestas por la cultura hegemónica. Por otra parte, las asimilaciones o adaptaciones críticas y creativas, incluyen elementos externos, desde el núcleo de la cultura, con la finalidad de recrearlos, transformarlos y otorgarles una nueva significación (Tubino y Flores, 2020).

Tanto la asimilación pasiva como activa o crítica, ocurren en diferentes grados, y con características peculiares en un contexto de interrelaciones interculturales de hecho. De este modo, los planteamientos presentados serán de utilidad para determinar las diferentes asimilaciones que surgen a partir del contacto entre el personal de salud y los usuarios del servicio de atención médica primaria.

En términos generales, los puntos de vista teóricos considerados, orientan a la descripción de una realidad diversa, con características que requieren una visión crítica. Por lo tanto, consideramos a esta categoría como una herramienta de análisis y descripción, para dilucidar las características de la interrelación entre nuestros interlocutores de estudio. Hemos

identificado a la interculturalidad de hecho como proceso social permanente, así como sus manifestaciones en las actitudes de las personas, frente a influencias culturales que inevitablemente se presentan como consecuencia del contacto entre diferentes actores sociales procedentes de distintos marcos culturales.

Además, es preciso recalcar la incidencia de las desigualdades sociales en el comportamiento dentro del contexto de las interrelaciones culturales varias. La interculturalidad de hecho, como hemos visto y profundizaremos más adelante, se relaciona con las dinámicas relacionales de poder que consideran dimensiones tales como hegemonía y subalternidad.

1.6.1.3. Actitudes interculturales: la escala de interculturalidad propuesta por Xavier Albó

Una vez establecida la interculturalidad de hecho, se debe considerar que, en este escenario de contacto entre culturas, se evidencian una serie de matices. Es así que, en el marco de su teoría de interculturalidad, Albó (2010) plantea que existe una serie de fenómenos en las diferentes situaciones interculturales, que van desde interrelaciones enteramente conflictivas y hasta cierto punto destructivas, hasta otras en donde existe una comprensión y entendimiento mutuo.

La propuesta de Albó, entonces, puede ser vista, encontrada y evidenciada en la diversidad de situaciones características de la vida cotidiana andina. Y es que, tal como hemos precisado con anterioridad, las relaciones interculturales son parte de y han sido parte de la historia de las poblaciones a nivel mundial. Lo importante de este planteamiento, es que considera que tales relaciones poseen inflexiones y tendencias varias, este teórico busca clasificar de manera más o menos generalizada aquellas situaciones sobre la base de su concepto de actitudes.

Ahora bien, el entendimiento de las situaciones interculturales dentro de esta teoría hace alusión no solo a la cultura, sino, además, y, sobre todo, a las actitudes frente a la persona que lo sustenta. Así, Albó (2004) entiende a la interculturalidad como toda relación entre individuos o grupos humanos de diferente arraigo y características culturales. En esta situación, es posible llamar también intercultural a las actitudes de las personas con referencia a otras.

En este sentido, dentro de las constantes situaciones de interculturalidad, Albó hace énfasis en la carga positiva o negativa de los encuentros entre personas de diferentes culturas. Sobre ello se sustenta la escala de interculturalidad, que van desde actitudes enriquecedoras hasta destructivas.

- A. La interculturalidad positiva. Esta surge cuando se aceptan las características culturales de otra persona. Se puede evidenciar una apertura al enriquecimiento y al aprendizaje mutuo. En cambio, una situación de solamente tolerancia, en donde no se evidencia un enriquecimiento, no termina siendo completamente una actitud positiva (Albó, 1999).

En este marco, la gradación que denota actitudes positivas de la relación de interculturalidad es la siguiente:

- En primera instancia, aunque insuficiente, una tolerancia de la relación intercultural. Los actores sociales solamente se soportan mutuamente sin llegar a hacerse daño ni perjudicarse (Albó, 1999).
- Una segunda instancia, mucho más compleja y completa, evidencia un entendimiento entre las partes involucradas en la relación que produce intercambios positivos y enriquecedores (Albó, 1999).

- B. Interculturalidad negativa. Cuando las relaciones llevan a una destrucción de aquella persona que es interculturalmente distinta, o también a su asimilación o disminución, es posible hablar de una actitud negativa (Albó, 2004, 2010).

La gradación propuesta para este caso es la siguiente:

- La actitud negativa origina la destrucción de una de las partes subordinadas y subalternas (Albó, 1999).
- La creación de dependencias, basadas en actitudes y relaciones caracterizadas porque una de las partes subordinadas tiende a ser disminuida, por lo que se impide su crecimiento (Albó, 1999).
- El distanciamiento y la evitación de relaciones que limita el intercambio mutuo (Albó, 1999).

En consonancia con lo propuesto y siguiendo la perspectiva de Albó, la escala de la transición de una interculturalidad negativa hacia otra situación positiva es la siguiente:

- Desde una situación caracterizada por la persistente aniquilación de una de las partes. De su disminución que genera dependencia a otra cultura dominante. De limitar las relaciones por el distanciamiento (Albó, 2010).
- Hasta la tolerancia entre grupos y personas distintas y llegar al mutuo entendimiento e intercambio (Albó, 2010).

Cabe precisar que, en la realidad, esta escala no es posible de ser apreciada de una manera uniforme. Sino que: “en los hechos, puede haber cierta combinación de relaciones positivas y negativas” (Albó, 2010, p. 9). En ello radica la importancia de abordar este tipo de

planteamientos desde una óptica cualitativa e interpretativa, sin caer en estandarizaciones cuantitativas positivistas.

En este marco, el ideal intercultural plasmado en la teoría de Albó tiene que ver con el paso de una actitud negativa de poca apertura, hacia una actitud positiva en la interacción, en la cual, ambas partes se vean beneficiadas.

De esta manera, para Albó (2010), el ideal de una sociedad intercultural tiene que ver con el desarrollo y promoción de la capacidad que tienen las personas pertenecientes a diferentes culturas y con diversas identidades, para poder relacionarse de manera creativa, lo que hace que la relación sea positiva.

1.6.1.4. Las relaciones interpersonales y la dimensión estructural en la interculturalidad

Una vez establecidos los contrastes entre una situación positiva y negativa de interculturalidad, es necesario precisar también que estos se dan en diferentes niveles. Albó (2010) propone que la interculturalidad se manifiesta desde niveles micro como las interrelaciones personales, pasando por lo social hasta llegar a la dimensión estructural e institucional.

En este sentido, es posible hablar de una microinterculturalidad, en el cual prevalecen las relaciones entre personas, entre grupos pequeños o entre grupos de mayor envergadura pero que comparten una región (Albó, 1999, 2010). Un ejemplo de relaciones microinterculturales, es aquella que se sostiene entre vecinos de un distrito o entre pobladores de una misma comunidad.

Por otro lado, la macrointerculturalidad tiene una incidencia en las estructuras institucionales de la sociedad. Es el caso, por ejemplo, de las interrelaciones entre la ciudad y el campo, lo así denominado moderno y considerado como tradicional, lo andino y lo occidental, lo formal e informal, entre otros (Albó, 2010). O, además, como sucede en nuestro caso, se puede considerar en esta categoría a la interrelación entre miembros de la cultura hegemónica y aquellas personas de la cultura subalternizada. En este sentido, también se encuentra la relación entre los sistemas educativos, de salud, entre otros, en los cuales se ha podido incorporar de manera estructural la interculturalidad.

Por lo tanto, ambas dimensiones en las que se presenta la interculturalidad nos ayudan a identificar en qué nivel se encuentra actuando un determinado actor social en el marco de sus interrelaciones cotidianas. Es evidente, entonces, que tanto la micro como la macrointerculturalidad se manifiestan constantemente en el devenir cotidiano, tal como sucede con las actitudes positivas y negativas de la interculturalidad.

Así, Albó (2010), plantea que existe una correspondencia entre ambos niveles. Esto sucede debido a que, en las interrelaciones interculturales a nivel micro, se pueden ver plasmadas una estructura macro de tipo estructural, sistémico e institucional. De tal manera que, cuanto más se realice incidencias a nivel estructural macro, el remedio a relaciones interculturales negativas será aún mayor y global.

Los planteamientos teóricos de Albo presentados, son fundamentales pues permiten un análisis más profundo en las dimensiones de actitudes en diferentes niveles si consideramos que en el ámbito de nuestra investigación se presentan una variedad de relaciones a nivel micro y macro, debido a que las interrelaciones entre el personal de salud y los usuarios se encuentran enmarcadas dentro del sistema de salud pública.

Ahora bien, a partir de este marco y una vez establecida la correspondencia entre ambos niveles en los que se desarrollan las relaciones interculturales, se dará cuenta del marco estructural y de su incidencia en nivel interpersonal.

1.6.1.4.1. Identidad, alteridad y estructura socioeconómica

Siguiendo a Tubino y Flores (2020) y a los planteamientos de Albó (1999), hemos establecido que las sociedades alrededor del mundo se han caracterizado por encuentros de diversos matices y características. En este marco, las sociedades, se encuentran cargadas de relaciones asimétricas y desiguales, producto de una estructura económica en la cual la dimensión étnica es una de las dimensiones que generan un agregado de desventaja.

Así, Albó (1999), propone que los diferentes contextos sociales latinoamericanos son atravesados por una estructura piramidal, tanto a nivel regional, nacional o incluso internacional. En este escenario, en la parte superior de dominación, se encuentran sectores de poder económico y político, los cuales a partir de mecanismos hegemónicos dirigen el rumbo de las mayorías subordinadas y pobres, los cuales sufren las consecuencias de las acciones y decisiones de los que están arriba.

Esta propuesta guarda correspondencia con los planteamientos gramscianos de hegemonía y con las ideas de la dirección ideológica de los grupos hegemónicos, que mencionaremos más adelante. Las situaciones interculturales de hecho, entonces, se encuentran marcadas y caracterizadas por estas relaciones producto de la estructura social desigual, por lo que resulta prudente plantear la problemática de sus relaciones en función de las categorías hegemonía y subalternidad.

Considerando ello, es necesario revisar las categorías de identidad y alteridad que forman parte también de las relaciones de hecho interculturales. En la perspectiva teórica de

Albó, la cual adoptamos como base teórica de esta investigación, muchas categorías son consideradas como polos básicos de la interculturalidad³.

La identidad es el primer polo necesario en una relación intercultural. Esta dimensión de las relaciones interpersonales interculturales, tiene que ver con la aceptación y reconocimientos de las raíces propias. Además, sigue su expansión hacia un grupo social de referencia, de un nosotros, como puede ser la familia, los compañeros de trabajo, etc. Este primer polo de identidad es fundamental para construir una relación de alteridad y posteriormente una relación intercultural de actitud positiva (Albó, 1999).

Dentro de los grupos de referencia primaria, Albó (2010) se interesa por la identidad para con el grupo cultural. Debido a que esta implica a otras formas identitarias en el contexto de la convivencia cotidiana. Por lo tanto, valorar lo propio, que ha sido desvalorado por “otros”, es parte principal y un punto de partida importante para construir una relación genuina de interculturalidad enriquecedora.

Por otra parte, la alteridad tiene que ver con la actitud positiva que habíamos mencionado anteriormente y con el reconocimiento y apertura hacia los “otros”. Albó (2010) establece que la alteridad tiene su esencia en aquello considerado como “distinto” o “diferente”. Es decir, no se le acoge a una persona por ser identificada como mejor o peor, sino, por reconocer, de forma positiva, que es distinta e incluso, tal vez, desconocida.

Ahora bien, cuando cruzamos tanto la perspectiva de la identidad y de la alteridad con las desigualdades encontradas en una situación jerárquica, se pueden identificar cuatro tipos de actitudes:

- Hacia adentro, una actitud para con la propia cultura, la identidad propia (Albó, 1999).
- Hacia arriba, actitud común en los grupos oprimidos⁴. Puede ser entendida como una actitud que desencadena un mecanismo para hacerle frente a las exclusiones y marginaciones (Albó, 1999).
- Hacia abajo, una actitud de los grupos de poder. Para que esta actitud sea considerada como positiva, debe superar las marginaciones, pero además aquella tendencia al paternalismo y de pensar que se tiene todas las soluciones.

³ Según Albó estos polos se refieren y se encuentran basados en la distinción entre el “yo” y el “nosotros” frente a los “otros” (Albó, 1999, 2010).

⁴ Aunque en ocasiones los grupos hegemónicos tienen esta actitud con otros grupos internacionales.

Se trata más bien de aceptar al “otro” a pesar de estar en una situación diferente (Albó, 1999).

- Hacia el centro, el ideal de la interculturalidad propuesto por Albó (1999), en el cual cada persona se acepta, acepta su identidad y, desde esa posición tiende puentes hacia aquellas personas consideradas diferentes, hacia los “otros”, que forma que todos se encuentren en el centro de la sociedad.

Las cuatro actitudes propuestas por el teórico boliviano Xavier Albó resultan importantes para caracterizar los matices propios de las relaciones interculturales. Consideramos que estas actitudes reflejan tanto esquemas de relaciones horizontales como verticales, las cuales forman parte de la vida cotidiana en un entorno de diversidad cultural. Además, la propuesta teórica descrita, permite enfocar el análisis en las actitudes de las personas hacia los demás, recordando que ellas son los actores clave en cualquier interrelación, ya sea en el ámbito educativo, laboral o, en nuestro caso, en el contexto de la salud.

1.6.1.5. La interculturalidad crítica como enfoque: un proyecto ético y político

Consideramos la perspectiva de la interculturalidad crítica, la cual busca desestabilizar las intenciones de tipo autoritario de cualquier sociedad y cultura, ya sea de tipo minoritario o mayoritario, que busque establecer sus propios intereses y objetivos en las normas generales que deben seguir distintas sociedades en un contexto de diversidad cultural y de interrelaciones interculturales de hecho (Tubino y Flores, 2020).

De esta manera, el enfoque de la interculturalidad crítica surge como una óptica de tipo reflexiva, orientada a cuestionar imposiciones hegemónicas de diversa índole. Por lo tanto, busca contemplar aspectos que van más allá de la mera coexistencia entre culturas, explorando las dinámicas de poder, así como de desigualdad en las interacciones culturales de hecho.

La interculturalidad crítica, trasciende entonces el problema de la diversidad cultural y parte de la problemática estructural, del orden colonial y de la clasificación racial. Vale decir, la identificación de que las diferencias culturales y sociales se construyen en el seno de una matriz colonial, en la cual el poder se sustenta a partir de una jerarquización y racialización, donde los pueblos indígenas y afrodescendientes se encuentran en la base del esquema (Viaña et al., 2010).

Así, esta aproximación implica el entendimiento de un patrón jerárquico entre culturas que puede ocasionar relaciones tensas y asimétricas. La idea de orden colonial implica una estructura de dominación y control, a partir de las cuales se ejerce poder de manera vertical. Los teóricos, además, señalan la idea de raza, sobre la que se han construido, históricamente, conductas discriminatorias e injusticias de tipo estructurales. Asumimos esta perspectiva

debido a que nos permite visibilizar relaciones jerárquicas existentes entre distintos actores sociales, en nuestro caso, establecemos a los actores especializados en la atención de la salud y a los usuarios que hacen uso del servicio que estos primeros ofrecen.

De este modo, debemos hacer énfasis, siguiendo a Tubino y Flores (2020), que la interculturalidad crítica busca interrogar y poner a prueba el mantenimiento de un orden sociopolítico, injusto y desigual, el cual se encuentra basado en desigualdades categóricas. Asimismo, critica aquellas políticas asimilacionistas —propio del enfoque intercultural funcional⁵— que buscan la estructuración nacional que pondera la cultura hegemónica y niegan la valorización de las culturas subalternizadas de forma injusta.

1.6.1.6. La propuesta de Raul Fornet-Betancourt

1.6.1.6.1. El filosofar contextual intercultural y la crítica a la filosofía dominante

Desde la propuesta del filósofo cubano, la filosofía occidental ha construido su discurso sobre la base de una universalidad hegemónica del pensamiento, estableciendo de facto categorías y estructuras conceptuales que han sido impuestas como si fueran las únicas y las absolutas para pensar el mundo. Esta universalidad busca descentrar el exagerado énfasis en la epistemología occidental y abrir el diálogo a formas distintas de pensar y de conocer la realidad. En este sentido, Fornet-Betancourt propone una filosofía contextual, que desafía el pensamiento eurocentrado y que, a su vez, promueve una reflexión que valora la diversidad cultural en las condiciones específicas y tangibles en la que las personas lo viven (Fornet-Betancourt, 2012).

Según Fornet-Betancourt la filosofía occidental se ha erigido como el único paradigma legítimo de pensamiento, que desconoce y subordina otras formas de conocimiento y tradiciones filosóficas del mundo no occidental. Esta imposición hegemónica occidental responde a una lógica colonial que impone sus categorías bajo la justificación de la promoción del progreso y del desarrollo de la razón universal. Sin embargo, dicho modelo filosófico no guarda correspondencia —y es ciego— a la diversidad de las culturas y contextos del mundo. La propuesta intercultural de la filosofía, entonces, se orienta a superar las sistemáticas exclusiones del mundo del saber, proponiendo un diálogo de las diferentes tradiciones filosóficas que se han desarrollado en el planeta (Fornet-Betancourt, 1999, 2012).

⁵ La interculturalidad funcional, es entendida como aquella que se fundamenta en reconocer la diversidad, con la finalidad de anexarla dentro de la estructura social establecida. De esta manera, busca el dialogo, la tolerancia y la inclusión pero siendo funcional al sistema existente, sin cuestionar o tocar las desigualdades sociales (Viaña et al., 2010).

Desde esta perspectiva, la interculturalidad debe ser entendida no solo como la coexistencia de culturas —como proponen los planteamientos multiculturalistas— sino como un proyecto crítico con un evidente objetivo transformador. Todo ello, bajo la premisa de que la filosofía no puede seguir funcionando bajo conceptos abstractos que se encuentran desligados de las realidades de las personas y de los pueblos. Por el contrario, hacer filosofía o filosofar responde a las circunstancias históricas, sociales, políticas de los contextos, reconociendo en todo momento la pluralidad de las racionalidades presentes (Fornet-Betancourt, 2012).

En este marco de ideas, surge el filosofar contextual⁶ como propuesta, la cual busca la reivindicación del pensamiento desde las experiencias propias y las tradiciones de los pueblos. En vez de asumir categorías filosóficas abstractas, externas y hegemónicas y por ello, supuestamente únicas y válidas, este enfoque plantea que cada comunidad posee el derecho de generar y desarrollar su propio marco filosófico. Para ello, resulta necesario e imprescindible un trabajo de traducción intercultural que no solo haga posible y visible aquellas otras formas de filosofar, sino que permita un intercambio genuino de saber sin reproducir las relaciones de poder asimétricas (Fornet-Betancourt, 2012)

De esta manera, Fornet-Betancourt (2012) -en concordancia con otros pensadores latinoamericanos —como Aníbal Quijano y Josef Estermann— insiste en que el diálogo intercultural⁷ debe partir primero de reconocer la historicidad de las culturas y en este marco aquellos procesos de resistencias, conscientes o inconscientes que se han gestado para hacerle frente a la colonialidad del poder. En tal sentido, el filosofar intercultural no es únicamente realizar un agregado simple de formas de pensar varias, sino se trata más bien de una apuesta por transformar las bases y los fundamentos del pensamiento filosófico que se ha universalizado. Para esto, dice el autor, será importante y requerido cuestionar las estructuras jerárquicas y de poder presentes en la producción de conocimiento y, además, la apertura de espacios para nuevas formas de racionalidad históricamente silenciadas.

1.6.1.6.2. Once tesis provisionales para la teoría y práctica intercultural

⁶ También utiliza la categoría filosofía como “quehacer contextual que supera la reducción de la filosofía a una disciplina para liberarla de los intereses implícitos en la formación académica institucionalizada dominante”. (Fornet-Betancourt, 1999, p. 47)

⁷ Tubino (2022) siguiendo a Fornet-Betancourt aclara que: “Las culturas no dialogan entre sí. Existen incorporadas en personas concretas” (p.3). Entonces, el diálogo intercultural es entre personas que hablan de sus experiencias, vivencias emociones, necesidades, deseos, fracasos y aciertos, en suma, de su condición humana.

En base a una crítica de la filosofía occidental y con el fin de realizar reflexiones sobre las condiciones para alcanzar el programa de interculturalidad, Fornet-Betancourt (2006) postula 11 tesis que denomina “provisionales” debido a que no son propuestas concluidas sino el aporte a un debate que se encuentra en constante realización. Las tesis se desarrollan en el marco de cierta generalidad pues buscan establecer elementos fundamentales tanto para ver como para realizar la interculturalidad.

Primera tesis. La primera tesis planteada por Fornet-Betancourt (2006) se aboca a la crítica de la filosofía occidental que mencionamos en el apartado anterior. Esta filosofía, en la propuesta del autor, ha privilegiado la búsqueda de razones absolutas y evidencias que se han considerado hegemonícamente irrefutables, lo que a su vez ha dificultado el pensamiento y la acción intercultural. Dicha hegemonía se ha desarrollado en diferentes ámbitos como la economía, la política, la ciencia, la educación, entre otros, generando evidencias que excluyen a la diversidad de lo considerado como “verdadero”. Por lo tanto, la tesis establece que, para mejorar las condiciones del pensamiento y la acción intercultural, se requiere una doble crítica: una de tupo estructural que cuestione lo impuesto como “verdadero” y, una crítica de la conciencia individual, que implique una autoconsciencia de las propias certezas de manera que exista una apertura hacia otras formas de pensar y de ser.

Segunda tesis. En esta se critica el privilegio del conocimiento abstracto y especulativo propio de la filosofía occidental y, desestima a su vez saberes contextuales que reflejan experiencias tangibles. La tradición occidental heredera de una tendencia cartesiana genera una visión del mundo que ignora la diversidad cultural y que la reduce a conceptualizaciones idealizadas. De esta manera, en la segunda tesis, se plantea que, para fortalecer el pensamiento y la práctica intercultural, es necesario cambiar esta forma abstracta de ver el mundo por los “conocimientos situados”, es decir, contextos que no describen únicamente lugares, sino, sobre todo, experiencias de aquellas personas que lo habitan. Por lo tanto, el diálogo intercultural, debe ser un diálogo de experiencias en vez de discursos que no guardan relación con los contextos (Fornet-Betancourt, 2006).

Tercera tesis. En esta tesis se critica a la filosofía occidental hegemónica por desestimar la fragilidad de humanos concretos debido a la preferencia de conceptos abstractos —o el culto de lo abstracto— de aquello que se entiende como “humano”. Para contrarrestar esta perspectiva hegemónica, es necesario el desarrollo de antropologías contextuales, que reconozcan la corporeidad humana, que recuperen “contextualidades situacionales” evidenciando la fragilidad humana y las vivencias de una variedad importante de situaciones

que experimentan seres humanos, vale decir condiciones contemporáneas y actuales de condiciones políticas, culturales, sociales, económicas, entre otros (Fornet-Betancourt, 2006).

Cuarta tesis. En la cuarta tesis Fornet-Betancourt (2006) establece una crítica a la tendencia de pensar a la razón filosófica occidental como única y absoluta, hecho característico de un racionalismo europeo moderno, que convierte la capacidad reflexiva humana en un fin en sí mismo subordinando el contexto a un plano abstracto impidiendo la interculturalidad. Para hacer frente a esta hegemonía⁸ se propone la “rebelión de las contextualidades situacionales” (Fornet-Betancourt, 2006, p. 34), que ser una crítica contextual de la razón dominante y que a su vez pueda dar voz a discursos y voces subalternas. Dicha crítica no debe quedar en el campo teórico, sino que debe ser plasmada en movimientos sociales y políticos que se manifiesten y luchen en diferentes campos por el reconocimiento de la diferencia.

Quinta tesis. Esta tesis plantea el fomento del diálogo intercultural a partir de una crítica contextualizada y situacional de la razón abstracta, es decir, trascender a las críticas idealizadas de la razón filosófica dominante. En vez de transformar la razón filosófica dominante en el marco de sus propios parámetros, la propuesta es abrir una dinámica de contrastación entre diferentes realidades situacionales en las que la humanidad pueda interrelacionar su conocimiento, sus juicios y sus valores (Fornet-Betancourt, 2006).

Sexta tesis. El diálogo intercultural no es entre sistemas intelectuales abstractos sino entre situaciones culturales concretas, vale decir, más que un diálogo cultural entre “culturas distintas” se trataría de un diálogo de situaciones humanas. La interculturalidad es un encuentro entre personas situadas en un contexto específico, a partir de lo cual, se puede reconocer experiencias, necesidades, expectativas que han determinado y determinan aún su propia existencia (Fornet-Betancourt, 2006; Tubino, 2022).

Sétima tesis. Se reconoce que, al hablar de una cultura dominante, en cualquier área, ya sea economía, política, religión o filosofía, se articula también la noción de poder y con esta, la de injusticia y violencia. Este hecho es ocultado por la ideología dominante que vende a occidente como la cultura de la humanidad y, en todo caso, si algún pueblo quiere hacer frente a esta situación, se considera como un evento que se ajustará con el tiempo o con acciones “técnicas” para su reajuste. Por lo tanto, se propone la tesis de que la interculturalidad, debe operar y ser la base para una crítica de lo dominante, como también la portavoz de críticas

⁸ Esta hegemonía occidental se traduce también en la ciencia y tecnología que funcionan en complicidad y para con el modelo civilizatorio eurocentrado y dominante (Fornet-Betancourt, s.f.).

situadas y contextuales de todo lo que la cultura hegemónica violenta (silenciosamente o no), margina y oprime (Fornet-Betancourt, 2006).

Encontramos una relación con Spivak (1985), pues esta tesis implica dotar de voz al subalterno, pero también otorgarle el espacio para que esta crítica sea enunciada de manera que tenga el alcance transformacional que pueden lograr los subalternos. En todo caso, la propuesta de Fornet-Betancourt (2006) dialoga con otras perspectivas teóricas, con un notable potencial articulador, en este caso, la interculturalidad no solo debe reconocer las voces silenciadas, sino buscar la generación de condiciones para que estas puedan ser efectivamente escuchadas y que así, puedan influir en nuevas maneras de relacionarse, resistiendo, pero a su vez recreando y reformulando los esquemas de pensamiento de dominación impuestos por una cultura hegemónica.

Octava tesis. En esta tesis se presenta una crítica a las instituciones y sus acuerdos que buscan hacer perpetuar la hegemonía de una cultura dominante, limitando la autonomía de las poblaciones en poder construir sus propios modelos de desarrollo e intercambio. Sin embargo, no es solamente necesario desenmascarar razones escondidas y ocultas sino, generar alternativas en pro de garantizar la justicia social y la autodeterminación de las personas (Fornet-Betancourt, 2006).

Novena tesis. Una tarea fundamental y pendiente de la práctica y teoría intercultural es la crítica enfática a la globalización neoliberal, cuya lógica orientada a la negación de la memoria y la persistente uniformización amenaza a la diversidad de las culturas y su convivencia en un marco plural (Fornet-Betancourt, 2006).

Décima tesis. En esta tesis se aborda el problema de la universidad actual que, con su sistema orientado a la producción de conocimiento y especialización alineada con el modelo hegemónico, actúa como un obstáculo para la diversidad cultural, neutralizando así saberes alternativos. Desde la interculturalidad, se propone una reforma radical, de manera que las universidades se conviertan en espacios enfocados en el contexto específico y abiertos al diálogo de saberes, vinculando comunidades subalternas y sus respectivas memorias (Fornet-Betancourt, 2006).

Undécima tesis. Vivimos tiempos complejos y, se podría decir, adversos a la interculturalidad, marcados por la violencia del poder que ha llegado a criminalizar la diversidad y reprimir alternativas, considerándolas como anti-desarrollo. Frente a ello, se hace un llamado a evitar la resignación académica y su uso banal, y por el contrario, es necesario un plan de acción teórica y práctica, considerando que ambos frentes son igual de importantes (Fornet-Betancourt, 2006).

1.6.2. Teoría de la hegemonía y subalternidad

1.6.2.1. Hegemonía, cultura e ideología

En este apartado, consideramos los planteamientos de Antonio Gramsci, sobre la hegemonía. El concepto gramsciano de hegemonía, a lo largo de su desarrollo teórico, ha adquirido varios matices e inflexiones que se han entrelazado con otras categorías, como el de cultura e ideología.

La categoría de hegemonía hace referencia a aspectos políticos, ideológicos y culturales que un grupo impone sobre otro. Se trata de la capacidad de dirección, que incluye el dominio de los componentes consensuales, sobre aquellos que son coercitivos, por lo que integra la participación de los grupos subalternizados en la perspectiva del grupo dirigente. De esta manera, el grupo dominante, ejerce su capacidad de convencimiento sobre los grupos dominados, a tal punto que se dificulta hasta la propia percepción del segundo grupo sobre las relaciones de dominación (Varesi, 2016).

Así, desde la mirada de este autor sobre la teoría de Gramsci, la hegemonía implica una relación de dominación, esto requiere una capacidad de convencimiento y consenso con los grupos dominados. Esta perspectiva resulta importante debido a que la hegemonía se reproduce en distintas relaciones sociales, entre ellas la que se establece entre actores estatales —como el caso del personal de salud— y miembros de la sociedad civil —como los usuarios del servicio de atención médica primaria.

Señala Varesi (2016) que, la categoría de hegemonía puede ser usada como una herramienta analítica, permitiendo el abordaje de problemáticas diversas ligadas al conflicto de grupos diversos. La situación de hegemonía traspasa diferentes dimensiones, desde la base material —vale decir económica—, hasta la concepción del mundo. De este modo, esta relación se manifiesta en una perspectiva general, la misma que expresa los intereses de un conjunto dirigente, el cual, busca universalizar su manera de ver el mundo.

De manera paralela, las relaciones hegemónicas se plasman en formas varias de sentido común, desde aspectos micro, es decir, en prácticas cotidianas, hasta —en su momento de mayor desarrollo— en un tipo específico de Estado (Gramsci, 2013, citado en Varesi, 2016).

Siguiendo la línea de los teóricos expuestos, las relaciones de tipo hegemónicas, no se reducen a aspectos estrictamente económicos, trascendiendo de esta manera las perspectivas economicistas. Este enfoque es crucial para poder entender cómo las relaciones de poder y sus estructuras influyen en la percepción y en la práctica de actividades cotidianas, entre ellas debemos incluir el ámbito de la salud, en diferentes comunidades, destacando la importancia de articular los espacios micro y macro para las investigaciones antropológicas sobre la salud.

Por otro lado, de forma complementaria a estas ideas, una de las concepciones fundamentales de la hegemonía se constituye en su forma ideológico-cultural. Así, es posible entender a la hegemonía como: “un momento consensual de dirección del conjunto social a partir de la adopción por parte de las masas de la concepción del mundo de una clase”. (Waiman, 2019, p. 109)

Cuando se alude a la concepción del mundo, se está haciendo referencia a una forma ideológica. Por ende, para la teoría de la hegemonía de Gramsci, un primer punto —tal como lo establece Waiman (2019)—, es la manifestación implícita o explícita de un conflicto de oposición, el cual llega a su punto de finalización cuando una de las partes se impone de forma dominante sobre un grupo social. Por lo que, para la comprensión de esta categoría, se necesita entender dos elementos constitutivos:

Primero, es necesario conocer la historia de las ideologías en conflicto y cómo han llegado a chocar. Por otro lado, se debe comprender cómo estas ideologías se difunden e imponen en sociedad. Estos procesos se relacionan con una noción de cultura integrada a la hegemonía, así podemos entenderla no solo en términos de poder dominante, sino además y sobre todo en términos culturales (Waiman, 2019).

La idea de este autor es importante porque permite entender la historia que hay detrás de las diferentes ideologías y comprender cómo estas actúan y se difunden. La integración entre hegemonía y cultura, entonces, es fundamental, ya que las ideologías hegemónicas no solo ejercen poder, sino también forman parte de la cultura en sus diversas manifestaciones.

Para explicar su teoría, Gramsci utiliza varios conceptos dentro del ámbito ideológico. Para Waiman (2019), la teoría de ideología y hegemonía incluye categorías como el lenguaje, la filosofía y el sentido común, las cuales se presentan de diferentes maneras. En términos generales, estos conceptos pueden ser agrupados bajo la idea de “conciencia”.

Considerando lo anterior, el sentido común se trata de una concepción del mundo absorbida de manera acrítica —es decir, sin poseer una conciencia de su existencia o manifestación— en diferentes ambientes culturales, el cual se desenvuelve la dimensión individual de las personas (Varesi, 2016).

Es precisamente en la articulación entre filosofía y sentido común, uno de los aspectos importantes de la teoría de hegemonía de Gramsci, debido a que involucra distintos tipos de conocimientos y sabidurías expresada por diferentes pueblos en el mundo, sin que la gente se percate necesariamente de este aspecto o este consciente de ello.

De esta forma, Gramsci realiza una articulación interesante entre filosofía y sentido común, afirmando que: “todos los hombres son filósofos” (Varesi, 2016, p. 14). Esta filosofía,

se sustenta sobre la premisa de la filosofía espontánea, de la cual participa la sociedad en común, sin distinción de ningún tipo. Así, se posibilita la comprensión de las concepciones del mundo, sus disputas y sus configuraciones, las cuales, en cierto grado, tienen una relación con la ideología hegemónica (Varesi, 2016).

Entonces, la perspectiva de Gramsci posibilita una comprensión de los conocimientos de diverso tipo, manifestados por culturas varias, dentro de un contexto de relaciones de poder. A partir de la noción de filosofía espontánea, podemos dar cuenta de una sabiduría compleja mediada por experiencias anteriores, la cual es subalternizada o dejada de lado, por formas dominantes de entender el mundo.

La filosofía espontánea se encuentra sustentada en tres puntos vertebrales:

- a. En un bagaje de conceptos y nociones, los cuales se encuentran imbuidos de significados que tratan de expresar una visión de lo social (Varesi, 2016).
- b. En poder tomar conciencia sobre la posición que se ocupa en el mundo social, a partir de las concepciones del sentido común (Varesi, 2016).
- c. En el involucramiento de distintas formas de expresión cultural, como la religión, y el folklore —entendido por Gramsci como un conjunto de creencias sostenidos y enraizados en un pueblo— (Varesi, 2016).

En balance, el complejo teórico de Gramsci ayuda a entender cómo diferentes conocimientos y visiones del mundo, manifestados en varias culturas, están influidos por las relaciones de poder. La filosofía espontánea, es la categoría utilizada en este marco teórico, para referirse al conocimiento y la sabiduría común que surge de las experiencias cotidianas y prácticas de las personas, pero que a menudo es desvalorizado por las formas dominantes de entender el mundo. Esta filosofía refleja cómo la gente percibe y entiende su realidad cotidiana.

1.6.2.2. Hegemonía, resistencias y contradicciones

La situación de hegemonía presenta, además, una serie de matices relacionados a la resistencia frente al grupo dirigente, fundamentadas en las contradicciones existentes en la manera de ver el mundo.

Como hemos indicado previamente, a partir de la óptica de Gramsci, la hegemonía se relaciona con la formación de una disposición u orden. Es decir, tiene que ver con la forma en la que una clase logra establecer y consolidar su dominación dentro de la estructura de una sociedad, originando un desequilibrio constante e inestable. Presente en todas las sociedades, la hegemonía se orienta a dar a conocer una unidad ideológica manifestada en lo estatal, por lo

tanto, esta categoría permite describir procesos y mecanismos a partir de los cuales se configura y articula el orden social (Waiman, 2019).

Entonces, la hegemonía no se trata solo de imponer poder de manera directa, sino es establecer un tipo de orden o disposición que permita a esa clase mantener su influencia. Al hacer esto, se logra formar un tipo de orden social en el que sus ideas y valores se vuelven predominantes. Lo importante es que este orden no es constante, puede ser inestable. En este punto, es necesario pensar en aquellos procesos y actores sociales que interpelan e inestabilizan el orden dispuesto.

Además, el entendimiento de la situación hegemónica busca categorizar particularidades en ciertos momentos y territorios. Permitiendo el análisis de la dominación y sus respectivas diferencias en variadas sociedades. Así, orienta a establecer características de una manera particular de subordinación, y posibilita, a su vez, reflexionar sobre la presencia de otras formas no hegemónicas (Waiman, 2019).

Lo significativo de lo anterior es que, dichas formas no hegemónicas, se manifiestan en oposición al orden dispuesto e instaurado. La acción de dichas formas no hegemónicas, así como su presencia, se encuentran determinadas por el marco social y la diversidad cultural. Por lo que, la subordinación se manifiesta de manera específica para una sociedad y, por lo tanto, su resistencia también guarda correspondencia con este criterio.

Lo anterior permite señalar que se pueden dar momentos y espacios en los que la hegemonía no sea lograda por la clase o sistema dominante —ocurriendo así una situación de resistencia—, de tal manera que se singulariza a la hegemonía como una forma históricamente particular. Es así como su construcción no es una configuración histórica irrepetible, sino es el producto de una interrelación de fuerzas contradictorias entre clases, cuyas características, pueden reproducirse en diferentes momentos y lugares (Waiman, 2019).

Entonces, en esos momentos en donde la clase dominante o el sistema establecido no logra imponer su control total, surgen situaciones de resistencia. Sin embargo, estas no se limitan a un momento o lugar específico. Pueden aparecer en diferentes épocas y lugares, adaptándose a circunstancias específicas y temporales.

1.6.2.3. Intersecciones entre hegemonía y salud

Revisaremos los planteamientos teóricos de Patricia Jimenez y sus colaboradores como una introducción a la hegemonía y su aplicación en el ámbito de la salud. En la dimensión de la salud, específicamente y sobre todo en la salud pública, el concepto de hegemonía se relaciona con la apropiación y desnaturalización de ideas. Así, conceptos importantes, como el

derecho a la salud o la determinación social, son simplificados y adaptados a objetivos políticos momentáneos, perdiendo así su capacidad explicativa (Jimenez et al., 2012).

La idea presentada anteriormente, destaca una característica fundamental de la hegemonía y su relación con la salud: la falta de consideración de categorías esenciales —como por ejemplo la interculturalidad crítica o las determinaciones sociales de la salud— en los esfuerzos estatales orientados a mejorar el servicio de salud, las cuales son tenidas en cuenta solo con fines políticos. Un ejemplo de esto es la salud intercultural, que, como revisamos previamente, carece de un enfoque holístico y reflexivo —interculturalidad funcional—. Esto dificulta el acceso adecuado de las poblaciones culturalmente diversas a las instituciones de salud.

Por lo tanto, el pensamiento hegemónico en la salud pública ha estado ligado en su desarrollo histórico a una perspectiva positivista, biologicista y con un alto énfasis en la medicalización. La particularidad de este pensamiento, tiene que ver con la reducción de una categoría amplia como la salud centrando el interés solamente en la enfermedad —y en la manera en cómo aliviar el dolor y los síntomas— y no en determinaciones sociales o determinantes sociales⁹, convirtiendo a áreas como la epidemiología en solamente un conteo de casos registrados y de muertes (Jimenez et al., 2012).

Cabe destacar que las ideas anteriores no buscan restar importancia al tratamiento de la enfermedad, sino que interpelan que esta sea la prioridad central y hegemónica y, sobre todo, que se deje de lado aspectos sociales y culturales significativos y determinantes.

Esta perspectiva dominante, ha estado caracterizada por dos fases de desarrollo marcados. Primero, la etapa caracterizada por un importante énfasis biologicista, que toma como causa y fin último a la enfermedad. Y, la segunda, con un notable ascenso del aspecto mercantil que integra a la salud en el mercado posibilitando su privatización y, en consecuencia, la segregación de una importante cantidad de personas que no pueden pagarla (Jimenez et al., 2012).

De manera complementaria, Pizza (2006) expone que, según la teoría de la hegemonía de Gramsci, el término “antropología”, se relaciona con la idea del hombre como “producto histórico”. Esto significa que el ser humano, que menciona también Jiménez et al. (2012), no

⁹ Un aporte interesante para entender los determinantes sociales de la salud, es planteado por Sridhar Venkatapuram (2011), quien establece que la salud de una persona no tiene que ver solamente con los procesos internos al cuerpo, es decir lo biológico, sino también, existe una importante incidencia de las fuerzas del entorno ya sean de tipo ambiental o social.

está compuesto únicamente por el aspecto biofísico, tal como lo sugería el reduccionismo naturalista de las ciencias biológicas; sino también, y sobre todo, por sus procesos históricos, su contexto sociocultural y las relaciones de poder que lo moldean.

Se debe resaltar entonces el pensamiento hegemónico de la salud, centrado en una perspectiva biologicista, es decir, que solamente se considera la dimensión orgánica del ser humano, dejando de lado aspectos de gran relevancia, como el ámbito social, el desarrollo histórico y con todo ello, la cultura.

1.6.2.4. El modelo médico hegemónico

Conforme a lo que se ha ido revisando, el pensamiento hegemónico no se reduce simplemente a una dominación directa, sino, se debe contemplar una manipulación condicionada por una dirección ideológica. Según García (1984): "... un sector logra una apropiación preferencial de las instancias de poder [en este caso el sistema oficial de salud] en alianza con otros grupos, donde los grupos subalternos desarrollan prácticas independientes y no siempre funcionales para la reproducción del sistema". (p. 73)

Consideramos que dicha apropiación la manifiesta el sistema biomédico que, para nuestra investigación, adoptamos la denominación de modelo médico hegemónico, el mismo que evidencia el rol predominante. Mientras que los "otros" modelos médicos, adquieren la posición subalterna.

El planteamiento de hegemonía propuesto por Gramsci es adoptado por Menéndez para poder analizar el proceso de salud/enfermedad/atención médica como fenómenos no solamente biológicos sino también culturales y políticos. Menéndez se inspira en el planteamiento teórico gramsciano¹⁰ para examinar como un sector dominante impone, a partir de mecanismos institucionales y simbólicos, ciertas concepciones de la salud y la enfermedad hasta naturalizar su dominación. Esto permite que su teoría explore resistencias, adaptaciones y negociaciones de los grupos subalternos frente a un saber médico hegemónico. Al hacer esto, se busca trascender el reduccionismo ideológico del marxismo académico tradicional y construir un enfoque que enlaza la lucha de clases con dinámicas culturales. Así, se muestra que proceso salud/enfermedad/atención médica son también escenarios de disputa por el poder (De Moura, 2012).

¹⁰ Particularmente de los estudios del antropólogo italiano Ernesto Di Martino quien es reconocido por Menéndez como una de sus principales influencias con respecto al pensamiento de Gramsci (De Moura, 2012).

Con todo ello en consideración, la teoría del modelo medico hegemónico¹¹ es desarrollada por Eduardo Menéndez, quien señala que desde 1960, se ha venido planteando la existencia de un modelo hegemónico orientado a la atención de la enfermedad. Este modelo puede ser reconocido debido a su marcado énfasis en lo biológico, una tendencia a la individualidad y un notable pragmatismo. Además de ello, posee una orientación a normar todos los procedimientos médicos, de manera que estos puedan ser legitimados y así ejercer control sobre los pacientes (Menéndez, 2020b).

Entonces, la propuesta de este modelo médico es entendido como una serie de representaciones, aportes teóricos y prácticas de la medicina científica o alopática. Este se ha logrado expandir, subordinando otras formas de atender la salud y la enfermedad, excluyéndolos de manera ideológica, a nivel de técnicas y muchas veces en el campo jurídico, manteniendo una relación tanto conflictiva así como también complementaria (Menéndez, 2020a).

Esto es fundamental porque se reconoce el componente ideológico del modelo médico hegemónico y su tendencia a la subordinación. A pesar de reconocerse la complementariedad, se reconoce también que en el marco de la medicina alopática se encuentra un fuerte componente de desigualdad en el acceso a sus beneficios.

Así, Menéndez (2020b), especifica que, a pesar de la eficacia presentada por este modelo médico, sobre todo en el aspecto del tratamiento de enfermedades que antaño se consideraban incurables se desarrolla también una medicina desigual. Dicha medicina, se particulariza por una pérdida de la responsabilidad para con el paciente, así como también de hechos de corrupción que en ciertos casos enmascaran una mala praxis. Más allá de ello, se incrementa el agobiante trabajo del personal de salud, generando fatiga en estos mismos, cuadros de depresión, hasta adicciones a fármacos de diverso tipo.

Sin embargo, es necesario resaltar que la eficacia del modelo que hegemonizó la atención de los pacientes, ha conseguido y sigue consiguiendo aportes significativos que reducen la morbilidad y las muertes, aprovechando las herramientas tecnológicas y el desarrollo científico. Por ello, es necesario reflexionar sobre las posibilidades de este modelo, sin dejar de cuestionarlo, tomando en cuenta que es esta ventaja comparativa la que ha

¹¹ Menéndez (2020a), entiende por modelo a una herramienta metodológica, que implica una construcción planteada en el marco de su teoría, fundamentada a partir de rasgos que son tomados en cuenta como estructurales y cuya valoración es sobre todo de tipo heurístico. Cabe resaltar que considera tanto el modelo médico hegemónico, como modelos médicos subalternos, entre los cuales se establece una relación de hegemonía/subalternidad y se le agrega la idea de contrahegemonía.

producido la hegemonía actual. Así, se debe agregar que es apremiante contextualizar este modelo y sus relaciones con otras medicinas existentes y posibles, con la finalidad de evitar una crítica incorrecta o sesgada de la biomedicina (Menéndez, 2020b).

Por lo tanto, se trata de un cuestionamiento de la biomedicina hegemónica y no de una oposición radical. En consecuencia, se deben conocer también otros saberes médicos para poder, de forma crítica, argumentar teóricamente, la tendencia impositiva del modelo médico hegemónico.

Es decir, la descripción y estudio específico del modelo médico hegemónico, no puede solamente realizarse dentro de sí mismo. Sino que, debe ser hecho en función de otros saberes médicos subalternos y dentro de un marco sociohistórico de variadas formas de la atención de la salud a partir de interacciones generadas por los usuarios del servicio de salud (Menéndez, 2020a).

Como consecuencia de ello, se requiere un entendimiento holístico de un escenario cargado de relaciones de poder histórico. Conocer los elementos y actores que forman parte de dicho contexto, es importante para una descripción adecuada. Sobre la base de los aportes teóricos de Menéndez, se pueden identificar una serie de características generales que identifican de manera global al modelo médico hegemónico.

Características del modelo médico hegemónico. Las principales características del modelo médico hegemónico¹², la medicina alopática u occidental son las siguientes:

- a. Un claro y pronunciado biologicismo que subordina otras posibles explicaciones de la salud y la enfermedad. Esta característica ocurre debido a la formación profesional, científica y técnica del personal de salud (Menéndez, 1998, 2020a).
- b. Sostiene una postura evolucionista, con una concepción dualista de la mente y el cuerpo, así como la adopción del paradigma positivista, desde donde da cuenta, tanto al individuo, como a su enfermedad (Menéndez, 1998).
- c. Se centra principalmente en lo patológico, considerándolo como un fenómeno biológico y no social, histórico, ni cultural (Menéndez, 1998, 2020a).
- d. Evita considerar los procesos históricos y sociales que influyen en la salud y la enfermedad, reconociendo únicamente la dimensión sociocultural en los “otros” (Menéndez, 1998, 2020a).

¹² Menéndez (2020a), reconoce submodelos del hegemónico: el individual privado, el médico corporativo público y el médico corporativo privado. Considera todos poseen las mismas características.

- e. Una notable preferencia del individualismo, es decir, se pierde la autonomía comunal durante el proceso de enfermedad, fomentando la privacidad del usuario (Menéndez, 1998, 2020a).
- f. Se excluye, en la mayoría de veces, la subjetividad del paciente (Menéndez, 1998).
- g. Se manifiesta un marcado dominio de lo clínico y un fuerte enfoque de la asistencia curativa (Menéndez, 1998, 2020a).
- h. Ya sea de manera directa o encubierta, se considera al proceso de atención médica/enfermedad como una mercancía (Menéndez, 1998). Es decir, en este modelo la intervención se realiza cuando ya la persona ha caído enferma y se hacen uso de tratamientos clínicos para intentar restaurar la salud del paciente. Este enfoque puede descuidar la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, las cuales son esenciales para abordar las causas subyacentes.
- i. Se considera a la enfermedad como una desviación que genera diferencia, lo que conduce a que el tratamiento este dirigido, sobre todo, a la supresión del o los síntomas (Menéndez, 1998).
- j. Se puede notar una relación entre el médico y el paciente de tipo asimétrica, donde el paciente, a este último se le subordina, llegando incluso a la sumisión. De esta manera, el usuario del servicio de salud, se convierte en un consumidor de dicho servicio (Menéndez, 1998, 2020a).
- k. Se concibe al paciente como ignorante, el cual maneja o sostiene un conocimiento que, al no estar de acuerdo con el hegemónico, es equivocado. Así, desde una posición científicista, no se considera legítimo tales saberes (Menéndez, 1998).
- l. En última instancia, solamente el paciente es responsable de su padecimiento (Menéndez, 1998).
- m. Una tendencia a la exclusión de los usuarios que evidencian saberes médicos diferentes, diversos y complejos (Menéndez, 1998).
- n. Tendencia a medicalizar instancias de la vida cotidiana del paciente (Menéndez, 1998). Esto implica la búsqueda de atención médica para problemas que podrían ser manejados mediante otras formas de apoyo o autocuidado.
- o. Formalización y profesionalización (Menéndez, 1998). Nadie más puede ejercer la medicina que aquellos que se encuentran facultados, han estudiado y son capaces de atender las enfermedades de las personas.
- p. Tendencia a escindir la teoría e investigación, de la práctica médica, orientándose principalmente a la intervención directa (Menéndez, 1998). Se prioriza las

intervenciones inmediatas y directas, como tratamientos y procedimientos para aliviar síntomas dolorosos o curar enfermedades. En vista de ello, hallazgos nuevos procedentes de la investigación médica pueden no estar directamente aplicados en el contexto de la atención del paciente.

1.6.2.5. Teoría de la subalternidad

Junto a la categoría de hegemonía, la subalternidad compone el complejo teórico de Gramsci. Según señala Hernández (2013), los subalternos, son grupos oprimidos que no se han logrado unificar y que se oponen a clases o sistemas dirigentes, como puede ser el estatal.

Entonces, una clase subalterna, es partícipe y asume un modo de ver y concebir el mundo que es impuesta desde un grupo dominante, por ende, está sujeta a su dominio cultural, en otras palabras, a su hegemonía. De esta manera, pasa por el momento en que su necesidad le impulsa a encontrarse conflictuados y entrar en contradicción con esa forma de percibir la realidad, hasta lograr dar sentido a su acción, y conseguir una noción de ver el mundo, que les pertenezca (Waiman, 2019).

Se hace énfasis en que la categoría de subalternidad existe en relación con la hegemonía. Así, al entrar en conflicto ambos grupos, definen sus requerimientos, conformándose una identidad y, tal como se ha mencionado en el párrafo anterior, evocar una manera propia de concebir y dar sentido a la realidad.

En este sentido, las personas subordinadas, dentro de una relación de poder, encuentran en la alteridad —es decir, en lo “otro” o diferente— un factor clave que influye en su identidad. Para las clases subalternas, la subalternidad alcanza su expresión máxima a través del ejercicio violento del poder por parte de lo hegemónico, es decir por aquellos que no forman parte de lo subalterno (Alabarces y Añon, 2016).

Así lo menciona Gramsci (2013), señalando que: “los grupos subalternos sufren siempre la iniciativa de los grupos dominantes, incluso cuando se revelan y se alzan” (citado en Hernández, 2013, p. 104).

Lo anterior implica que, al hablar de subalternos, nos referimos también a diferentes segmentos de la sociedad que se encuentran o se han encontrado subordinados, tales como: proletarios, mujeres, campesinos, grupos étnicos, entre otros (Hernández, 2013).

En concordancia con lo anterior, lo subalterno puede ser considerado como condición, la cual puede ser internalizada por las personas subordinadas en una relación de poder. De tal manera, se abre la posibilidad de que la condición pueda ser cambiable o transformable. Así,

el atributo del subalterno implica una variedad múltiple de formas de subordinar, manifestado en clase, casta, género, etnia o cualquier otra forma (Alabarces y Añon, 2016).

Por último, destacamos un aspecto de la teoría de Spivak que señala Asensi (1985), quien propone, la definición de subalterno que resulta prudente debido a su naturaleza variable y flexible. Así la a subalternidad se trata de una categoría de tipo relacional y por lo tanto relativa. En consecuencia, existen situaciones en las cuales las personas aparecen en una situación de subalternidad, mientras que, en otras, éstas mismas pueden ejercer un papel de dominación. De esta manera, la subordinación y la subalternidad, no se tratan de una característica intrínseca o un atributo inherente, sino de particularidades relacionales.

1.6.2.5.1. Espacios de enunciación

La corriente de estudios subalternos surgida en un primer momento en la India, articula las dimensiones culturales, sociales, históricas y geográficas y están orientadas, sobre todo, a sacudir el pensamiento colonial (Asensi, 1985). En este marco surge la teoría de la subalternidad, que, según menciona Arias (2021), discute las relaciones de poder que se manifiesta en la representación del “otro” —es decir de los subalternos— en un escenario que sufre aún, en tiempos contemporáneos, las consecuencias de la era colonial.

De esta manera, la teoría de la subalternidad tiene que ver con una crítica de las ideas coloniales que ha representado históricamente una posición de subordinación de una variedad de personas alrededor del mundo. Los estudios subalternos se orientaron a pensar la situación poscolonial, es decir, aquel espacio de tiempo en el que las sociedades subalternizadas emergían de las relaciones históricas de dominación persistente en las que estuvieron insertas (Asensi, 1985).

En este marco, para Gayatri Spivak (1985), existen y han existido personas y grupos de personas, que han sido históricamente silenciados. A ellos, se les ha enmudecido, negándoles la capacidad de poseer una historia propia. Así, evidentemente siguiendo el desarrollo de la teoría marxista de Gramsci, la autora señala que el desarrollo histórico de la sociedad humana ha estado marcado por una imposición de una historia sobre otra.

Dicha imposición ha sido naturalizada y normalizada, trayendo como consecuencia que las personas subordinadas hayan sido silenciadas negándoles la posibilidad de crear historia. Por supuesto, estas ideas no implican la negación de acciones de resistencia contrahegemónica, sino que coloca el énfasis en la dominación de un grupo social sobre otro.

Así, la teórica de la India, se orienta a cuestionar la perspectiva de que el subalterno, sea poseedor de una conciencia unitaria. Según su propuesta, esto no es así, sino que tiene

múltiples posiciones como individuo (Spivak, 1985). Por lo que la subalternidad está lejos de ser una categoría de una sola dimensión, afirmando que las personas que han sido colonizadas y subalternizadas son inevitablemente heterogéneas.

Esta multidimensionalidad de la subalternidad nos permite ser flexibles en términos de teorización. Si bien, es evidente la posición de subordinación de las personas en el marco de las relaciones de poder coloniales las manifestaciones del ciclo de la dominación se evidencian en una múltiple variedad de manifestaciones.

Siguiendo esta propuesta, los aportes de Asensi (1985) y Hernández (2013), establecen que una dimensión en la que la subalternidad se evidencia de forma mucho más tangible se plasma en la idea de que las personas de menos ventaja en el marco de las relaciones de dominación se les ha privado de la expresión o enunciación en diferentes instancias. Esto debido a que no poseen un espacio o espacios en donde se les tenga permitido la capacidad de enunciar. La mencionada capacidad, según lo planteado por Spivak, tiene que ver con que los subalternos “no pueden hablar”, esto no implica que no tengan la función de articular palabras. Sino que se refiere a que no son escuchados o son malinterpretados (Asensi, 1985; Hernández, 2013).

Entonces para Spivak, el hecho de hablar determina la capacidad de las personas para poder expresarse en espacios donde también, y, sobre todo, tengan la posibilidad de ser escuchados, entendidos y que sus opiniones y propuestas puedan ser consideradas en el marco de un diálogo multilateral. Sin embargo, en el marco de la salud, las personas subalternizadas, han sido negadas, durante mucho tiempo, de poder siquiera interpelar los tratamientos y en oposición a todo acto comunicativo que considere a ambas partes involucradas, los tratamientos medicalizados suelen, desde una posición hegemónica ser impuestos de manera vertical (Menéndez, 2020b). Por lo tanto, los espacios en donde se han brindado los servicios de salud, sobre todo los considerados “oficiales” o de tipo institucional, son espacios proclives a la generación de situaciones diversas de subalternidad.

De manera complementaria, Arias (2021) reflexiona sobre esta dimensión planteada por Spivak, señalando que la imposibilidad y dificultad de hablar por parte del subalterno, se relaciona con la efectividad de poder ser escuchados, es decir, de que el acto de comunicación sea realizado en su totalidad. En tal sentido, el problema de los limitantes para “hablar” por parte de los subalternos, no se tratan meramente de la capacidad individual, sino de una narrativa, que le ha dado voz y escucha a unos y se les ha negado a otros.

Con base en la propuesta anterior, aparece una paradoja expresada en Spivak (1985) y es que al buscar dar voz al subalterno, desde diversas instancias como la estatal, muchas

veces se está traduciendo la propia experiencia en términos en el que el poder hegemónico puede entender, esto implica una simplificación de la realidad específica de la persona subordinada. De esta manera, el subalterno solo puede ser escuchado si su discurso es traducido a los términos del sistema hegemónico, lo cual implica una pérdida de la autenticidad de su voz.

En este punto es posible integrar una variedad de factores, entre los que destacan las competencias interculturales que posibiliten la acción comunicativa efectiva. Pero además, y siguiendo la perspectiva de la interculturalidad crítica planteada por Tubino y Flores (2020), las circunstancias de desigualdad categorial, marcadas por el estigma y la exclusión han marcado dentro de la identidad, como narrativa propia de las personas, la idea de que sus enunciaciones carecen de valor y relevancia.

De forma complementaria con lo anterior, Spivak (1985) plantea la idea de que los subalternos se caracterizan, no solo por carecer de un lugar, lugares o espacios desde los cuales ejercer la capacidad de enunciar —de tal forma que su discurso consiga repercusiones en espacios sociales significativos—, sino, también, y esto es importante, por carecer de una conciencia que trascienda todo lo que supone la preocupación por sobrevivir. Todo ello se entiende cuando notamos que el subalterno se encuentra, muchas veces —en vista de las consecuencias generadas en un escenario sociocultural cargado de desigualdades persistentes— en condiciones deplorables de indigencia. En estas circunstancias, busca la supervivencia individual y la de su familia a toda costa, por ello se puede concebir que este individuo se alíe con la clase hegemónica dominante.

Sin duda, la propuesta teórica de Gayatri Spivak es fundamental para entender las relaciones de poder, desde la posición subalterna, en una variedad importante de instancias. El énfasis en la capacidad de las personas para poder enunciar, ser escuchados y comprendidos es transversal a las dimensiones social, cultural, económica y política. Por ello, resulta importante su consideración para el análisis de la interrelación en un espacio donde se reproducen interrelaciones complejas como los centros de salud o de atención médica.

Ahora bien, en base a esta perspectiva, a continuación, se prestará la atención a la teoría planteada por Eduardo Menéndez, quien ha teorizado de manera específica sobre modelos médicos subalternos.

1.6.2.6. Los modelos médicos subalternos

La propuesta teórica de Menéndez (2020a), sostiene que existen modelos alternativos que han sido marginados, invisibilizados y excluidos. Estos incluyen aquellos saberes

populares o tradicionales; así como también, aquellas formas medicinales y de atención que han emergido en el panorama del denominado *new age*.

Lo mencionado por Menéndez (2020a) resulta de interés, debido a que postula una alternativa que agrupa a saberes que no guardan congruencia ni aceptan completamente el modelo hegemónico. Por el contrario, poseen formas específicas de tratamiento de atención a la salud sostenido por usuarios y adoptado por cierto sector de personal médico a lo largo del mundo. A pesar de esto, precisamos que, este modelo genera su conceptualización y, por lo tanto, su identidad, a partir de su relación con el modelo hegemónico.

Así, la idea de reagrupar estos saberes en una categoría, es decir, dentro de un solo modelo, se debe a que estos toman significado o en todo caso se resignifican, sobre la base de sus interacciones con el modelo médico hegemónico. Menéndez (2020a), señala que dichas interrelaciones se manifiestan en los usuarios, los cuales tienen la posibilidad de usar secuencialmente o de forma convergente, tanto saberes médicos tradicionales, *new age* y biomedicina. Sin embargo, en el marco de las relaciones de poder, se toma como referente cargado de validez y seguridad al modelo biomédico dominante.

Lo anterior resalta la necesidad de contextualización de los modelos subalternos, debido a que las características culturales de cada sociedad difieren entre sí, de manera que las particularidades que presenta este modelo son flexibles y pueden diferir en muchos casos. Sin embargo, en esta investigación, siguiendo a Eduardo Menéndez, se considera que la característica fundamental que comparten estos modelos, es el hecho de su subordinación con relación a la biomedicina.

Asimismo, es necesario precisar conforme a los planteamientos de Menéndez (2020), que los saberes incluidos en este modelo, presentan particularidades que no pueden ser homogenizadas o estandarizadas, esto quiere decir, que en algunos no se incluye la totalidad de características estructurales que conforman a un modelo médico subalterno.

Al considerar la idea de modelo, Menéndez (2020a) considera que se requiere tomar en cuenta el desarrollo de los saberes de manera integral y aportar a la construcción de un modelo que pueda manifestar sus rasgos principales y propios.

A pesar de las limitaciones que pueda existir al tomar en cuenta la herramienta heurística de “modelo”, se considera importante la idea de que se pueda agrupar una identidad específica de los usuarios —que, en este caso, se consideran como subalternos— en un modelo que dé cuenta de sus características globales, el cual se encuentra en conflicto con el modelo hegemónico pero que también puede encontrar convergencias y retroalimentaciones con este mismo.

Características de los modelos médicos subalternos. De manera muy genérica, sin una pretensión reduccionista ni universalizante, se presentan las siguientes características básicas:

- a. Una concepción integral, holística de los padecimientos y enfermedades, donde la dimensión biológica aparece como un elemento característico más, no así el fundamental (Menéndez, 2020a). A diferencia del modelo médico hegemónico en donde ocurre lo contrario.
- b. Ponderación de la unión entre el cuerpo, el espíritu y la sociedad, sin embargo, se puede presentar una focalización en el espíritu, más que en el cuerpo (Menéndez, 2020a).
- c. Existe una tendencia a considerar como secundaria la enfermedad, de manera que se prioriza la idea de equilibrio integral en contraposición del desequilibrio (Menéndez, 2020a).
- d. Una causal frecuente de las enfermedades son las interacciones sociales, sea tipo directo e indirecto, con entidades o seres no-humanos (Menéndez, 2020a).
- e. En la mayoría de los modelos médicos subalternos, el fin de las acciones terapéuticas tienen como horizonte el hecho de sanar y no solamente curar. La diferencia entre curar y sanar, radica en que el primero tiene que ver con aliviar o tratar los síntomas físicos de una enfermedad o condición. En cambio, sanar, se relaciona a una experiencia holística, donde el fin es la recuperación del bienestar integral, considerando los aspectos emocionales, sociales y espirituales del individuo (Menéndez, 2020a).
- f. Hay una implicación de la eficacia simbólica (Menéndez, 2020a).
- g. Existe una tendencia al pragmatismo (Menéndez, 2020a).
- h. Se puede presentar una asimetría entre el curador o curandero y su paciente, aunque, cabe destacar que esto no ocurre siempre de esta manera, sino que se puede evidenciar un rol mucho más activo del paciente en comparación con el modelo hegemónico (Menéndez, 2020a).
- i. Existe una legitimación comunitaria de las acciones terapéuticas (Menéndez, 2020a).
- j. Se presenta una tendencia cada vez mayor a la mercantilización de estos saberes (Menéndez, 2020a).

Como se puede apreciar las características del modelo médico subalterno¹³, difieren en gran medida con el modelo hegemónico. Sin embargo, precisamos que existen algunos rasgos que poseen cierta similitud con las características dominantes. En tal sentido, es necesario precisar, a partir de un análisis relacional, aquellos rasgos que pueden ser asimilables entre ambos modelos, de manera que se precisen sus caracteres de manera contextualizada sin caer en argumentos sesgados.

Por último, se debe mencionar que, para la investigación, se considera que las características presentadas en este apartado respecto a este modelo médico, no deben ser consideradas como normativas, es decir como un patrón rígido de características que se deben presentar en todos los casos. Sino, se utiliza este modelo como herramienta heurística, para facilitar el proceso de comparación y triangulación con los resultados encontrados en este estudio, los cuales pueden o no diferir con lo presentado en estas bases teóricas.

1.6.3. Convergencias entre hegemonía, subalternidad y salud intercultural

En este acápite, se especifica, de manera breve, la relación entre estas categorías en el campo de la salud.

Como parte del proceso de integración entre la biomedicina y los saberes tradicionales o populares, se han planteado una serie de acciones relacionadas a la salud intercultural. Una gran mayoría de estas propuestas convergieron en una finalidad última: la posibilidad de unir la biomedicina y la medicina tradicional (Menéndez, 2016).

Entonces, las acciones interculturales se han orientado sobre todo a la articulación de saberes, sin considerar otros aspectos y dimensiones que podrían condicionar dichos esfuerzos. Esta perspectiva ha sido revisada en anteriores párrafos, sin embargo, Eduardo Menéndez precisa a la biomedicina y la medicina tradicional como actores principales de las iniciativas interculturales.

Las propuestas de articulación intercultural, se han fundamentado en la construcción de relaciones paralelas, sin considerar las relaciones de dominación, vale decir de hegemonía y subalternidad. Las tendencias que han buscado esta unión, se orientaron a realizar una rehabilitación de tipo cultural, rescatando aspectos relacionados a la medicina tradicional como dimensión del empoderamiento indígena, así como también de la mejora de la interrelación entre el personal de salud y sus pacientes con un origen étnico diferente. Así, se pretende

¹³ Menéndez (1985, 2020a), usa como sinónimo de esta categoría a el modelo médico alternativo. En publicaciones anteriores, utiliza también la categoría de modelo médico tradicional.

alcanzar una eficacia mayor en el ámbito clínico y de esta manera incrementar la afluencia de población indígena a los establecimientos de salud, sobre todo a aquellos en donde se ofrezcan atención primaria de la salud (Menéndez, 2016).

A pesar de las intenciones de los esfuerzos de salud intercultural, el hecho de no considerar las relaciones de poder surgidas entre diferentes formas de ver el proceso de salud, enfermedad y atención médica, puede condicionar su alcance y llevar a imposiciones que ocurren de manera inconsciente.

En base a lo anterior, se consideran dimensiones que tradicionalmente no han sido tomadas en cuenta para el desarrollo teórico de la interculturalidad en la salud. Resulta importante la consideración de los conceptos de hegemonía y subalternidad, debido a que no han sido reconocidos de manera explícita en acciones estatales de salud intercultural, a pesar de que estas categorías le otorgan sentido y significado. Por ello, se requiere analizar las transacciones que existen entre el aparato estatal, manifestado en el servicio de salud pública y la población en general, entendida esta última sobre la base de su diversidad (Ramírez, 2011).

En balance, se ha expuesto las posibles limitaciones de las acciones interculturales que no integren las dimensiones de las relaciones de poder. Se destaca entonces, la importancia de tomar en cuenta de manera explícita las categorías de hegemonía y subalternidad, debido a que aportan un significado importante en las acciones que se vienen realizando entre el estado —referidas a la salud intercultural— y la población.

1.7. Estado del arte

A nivel internacional, se presentan experiencias importantes relacionadas a la interculturalidad, a nivel de América Latina podemos dar cuenta de las siguientes. La investigación llevada a cabo por Pérez y Carrasquilla (2018), realizada en Colombia, con el título: *“Relación enfermera-paciente frente a la diversidad cultural. Una mirada en situaciones de cuidado a pacientes indígenas”*, propone que existen ciertos contrastes, que denotan fortalezas y dificultades que requieren ser superados en un contexto intercultural durante la relación que se establece entre la enfermera y el paciente indígena bajo su cuidado. El estudio se realizó con un enfoque cualitativo y un diseño etnográfico en una población conformada por comunidades indígenas chimila, wiwa, arhuaca y kogui, a cuyos integrantes se les ha realizado entrevistas, así como también, a enfermeras que laboran en los dos centros hospitalarios del contexto. Se precisan resultados que indican que se ha podido observar una concepción colonial por parte de las enfermeras, quienes estereotipan al paciente —producto de un proceso histórico discriminatorio que ha sido asumido por estas profesionales—, considerando que estos tienen prácticas poco higiénicas y manifiestan conductas agresivas, con una falta de colaboración

evidente. Otro grupo de entrevistadas, asume una conducta paternalista, concibiendo a sus pacientes como colaboradores, con un comportamiento sumiso y que con el transcurrir del tiempo, se han ido convirtiendo en “civilizados”. Un aspecto crucial indicado en la investigación, es la idea generalizada en las profesionales de la enfermería quienes estandarizan al paciente indígena, hecho que conlleva a no reconocer las diferencias entre culturas, reduciendo y homogenizando sus prácticas, considerando que las acciones de rechazo a sus cuidados, son producto de limitaciones de una difícil cultura que los limita. Por su lado, el grupo indígena, reconoce la importancia de las profesionales de la salud con las que tiene contacto cercano, sin embargo, manifiestan una serie de debilidades, que necesitan ser superadas y que tienen que ver con la falta de conocimiento y consideración de sus características propias basadas en sus culturas. Los pacientes perciben un insuficiente seguimiento de los cuidados llevados a cabo por las enfermeras y una comunicación limitada, debido a términos complejos de entender empleados por las profesionales de la salud. También, indican una evidente y exclusiva promoción de cuidados médicos occidentales debido a que son denominados como valiosos; a pesar de ello, cierto grupo de enfermeras, realizaron el intento de adaptar el contexto hospitalario en función de las costumbres de sus pacientes, lo que, según la percepción de la población indígena, ha logrado generar un ambiente de confianza. Se concluye que, a pesar de que algunas enfermeras hayan desarrollado cierta sensibilidad a las diferencias y se hayan acercado en cierto grado a las especificidades culturales de sus pacientes, se evidencia aún una importante distancia, en consecuencia, se reproducen y se amplían las barreras y limitaciones.

El estudio realizado en Chile por Pérez (2015), titulado: “*Salud intercultural desde la visión de usuarios y prestadores de salud de las comunas de Cañete y Tirúa*”, propone que en un contexto donde se presenta una considerable población indígena mapuche, es importante conocer la óptica intercultural de los prestadores del servicio de salud y de los usuarios, de manera que se establezcan las expectativas de los actores involucrados, especialmente en sectores donde se ha identificado una mayor susceptibilidad y vulnerabilidad de la población, como el área de la salud mental. Con un enfoque cualitativo y un método fenomenográfico, se han obtenido resultados específicos del sector investigado. En primer lugar, los usuarios del servicio de salud, indican que reciben un trato deficiente por parte de los operadores técnicos de salud, estableciendo una relación asimétrica, en la cual los agentes de salud no muestran respeto hacia los derechos de los usuarios, particularmente en relación a sus características culturales específicas, notando sobre todo una desconsideración durante el proceso de atención, requiriendo que los pacientes tengan que optar por una conducta más firme en busca de un trato

más igualitario. En segundo lugar, los prestadores del servicio de salud, indican que la población mapuche se mantiene arraigada a sus tradiciones culturales, aunque también se ve influida constantemente por procesos globalizadores que modifican sus características culturales. Señalan que la población mapuche presenta una mayor mortalidad y morbilidad en comparación con la población chilena en general; por ello, consideran que debe existir una relación empática con los pacientes, respeto y el conocimiento suficiente del sistema de salud mapuche, que incluya su cosmovisión y su proceso histórico y político. Como conclusiones, dentro de todo el contexto intercultural y de la aplicación de este enfoque, se ha identificado a la dimensión política como una de las centrales, la cual se encuentra estrechamente asociada al rol histórico del Estado chileno en la degradación del pueblo mapuche. Por otro lado, se requiere considerar la dimensión operativa que garantice la infraestructura y tecnología suficiente para brindar atención médica adecuada. Desde la perspectiva de los usuarios, es urgente mejorar la actitud de los operadores de salud con el fin de coadyuvar a una atención médica mucho más adecuada a sus expectativas y exigencias. Por el lado de los prestadores del servicio de salud, se evidencia una disposición para conocer el sistema de salud mapuche, tomando a la salud intercultural como un puente para rescatar conocimientos ancestrales.

La investigación realizada en Chile por Urrutia-Arroyo (2018), titulada: *“Percepciones sobre la educación intercultural y relación médico-paciente inmigrante en médicos de Chile”*, destaca que el importante incremento de la migración en Chile, ha generado diversos encuentros entre médicos y personal de salud con pacientes de diferentes nacionalidades portadores de diversas culturas. Estas interacciones pueden ser caracterizada como complejas, por ello resulta necesario adoptar el enfoque intercultural, debido a que, en el contacto que se da con los pacientes suelen surgir algunos conflictos. La conclusión a la que arriba la autora, es que existen debilidades en la formación de los médicos para tratar a los pacientes migrantes, en consecuencia, resulta necesaria la capacitación para la atención pertinente, así como la consideración de factores diversos y fundamentales, como el género, sordedad, diversidad sexual. La autora concluye señalando que la falta de conocimiento de estos aspectos puede resultar en una amenaza importante para la atención médica de calidad.

A nivel nacional, las investigaciones sobre la salud intercultural y la relación entre el personal de salud y los usuarios son variadas y presentan tanto contrastes como convergencias, revelando que el escenario peruano, así como está cargado de diversidad, también lo está de complejidad.

La investigación, realizada en Huánuco, llevada a cabo por Trujillo (2015), titulada: *“Factores Interculturales que impiden la atención asistencial de gestantes en el distrito de*

Churubamba-Huánuco”. El estudio propone establecer los factores que impiden que las gestantes accedan a atención asistencial en un contexto rural. Hace uso de un enfoque cualitativo y un diseño de investigación-acción. El estudio señala que existen actitudes y percepciones de carácter cultural arraigadas a la cosmovisión andina, que difieren de las prácticas convencionales de parto, el cual, es un proceso compuesto por numerosas ceremonias y rituales, en todo este proceso se presentan una serie de actitudes y percepciones culturalmente situadas. Sin embargo, los servicios maternos en esta comunidad, no poseen un acondicionamiento adecuado con la cultura de la gestante, como resultado, muchas madres muestran resistencia a asistir al Centro de Salud. El estudio identifica como motivos principales de esta problemática, la falta de confianza y vergüenza respecto a los médicos y aunado a ello, los maridos de las pacientes, se oponen a que sus parejas reciban atención médica, debido a que no quieren que las vean o las hurguen, lo cual contrasta sustancialmente con las prácticas occidentales.

El estudio presentado por Huanachin y Pariona (2017): “*Conducta Intercultural de los trabajadores de salud respecto a los usuarios del puesto de salud de Ccaccamarca, Ocros, Huamanga, Ayacucho*”. Aborda la conducta intercultural de trabajadores de salud con relación a los usuarios en un establecimiento rural. A partir de un enfoque cualitativo y un método etnográfico busca comprender a ambos actores inmersos en estos hechos. Argumenta que para lograr una atención médica de calidad, se deben brindar servicios con pertinencia cultural, considerando una conducta adecuada para actuar en contextos donde existe una constante interacción entre culturas. Esto permitiría la convivencia horizontal de diferentes sistemas médicos en un mismo lugar. Según los resultados que señalan las autoras, el personal de salud evidencia una conducta intercultural insuficiente, siguiendo la perspectiva de Xavier Albó, donde se presenta una actitud cargada de indiferencia, discriminación y rechazo a los pacientes. La relación intercultural entre ambos actores participes del proceso de atención salubre es casi inexistente, ya que se margina al poblador local y se demuestra indiferencia por su cultura y conocimientos. Por otra parte, muchos usuarios han reconocido que no recibieron un trato correcto por parte de los operadores de salud, lo que los hace reticentes a volver a los Centros de Salud y aunado a todo ello, se presentan limitantes en relación al idioma, evidenciándose una barrera comunicacional que condiciona una atención de calidad.

Quispe (2021), realiza una investigación titulada: “*Formación de agentes indígenas de salud para enfrentar el deficiente servicio de salud integral con enfoque intercultural desarrollado en conjunto con el Ministerio de Salud y el Ministerio de Cultura en el distrito de Andoas en la región de Loreto*”. Propone dar solución a un problema de alcance público, se

trata del bajo rendimiento que brinda el servicio de salud intercultural, en el cual se ha podido identificar cinco causas principales que responden a esta situación. A partir de una metodología cualitativa, se identifica las siguientes brechas: en el aspecto lingüístico y cultural, escasa infraestructura y equipos, limitación en las medicinas para abastecer a cada comunidad, insuficiente personal de salud con capacitación en enfoque intercultural y un inadecuado transporte fluvial. Con todo esto, el problema se hace mucho más relevante en el limitado personal capacitado. La conclusión de la propuesta de este autor es que, en un contexto donde no existe el personal de salud capacitado con una correcta toma de conciencia y desarrollo de habilidades en salud intercultural, se dificulta una conducta afable y con respeto para con los pueblos indígenas, lo que conlleva a que la población no acceda a una atención salubre suficiente y adecuada a sus requerimientos. Frente a ello, se postula la formación de agentes indígenas de salud, capacitados constantemente, los cuales serán luego asignados a postas y hospitales de la zona, lo que ayuda a cerrar las brechas asociadas a la capacitación de los trabajadores de la salud y ofrecer una mejor atención, debido a que, estos nuevos agentes, han logrado asimilar la cosmovisión de los pueblos originarios del lugar, respetan sus ideas, su identidad cultural y sus costumbres.

A nivel regional, las investigaciones son variadas y hacen un fuerte énfasis en comunidades rurales, en la medicina tradicional y las insuficiencias del sistema de salud público.

La investigación realizada por Mayorga (2017), titulada: *“Asociación de la comunicación intercultural con la prevalencia de infecciones respiratorias agudas en pobladores de dos comunidades campesinas de la provincia del Cusco”*, propone que el uso del idioma quechua es determinante para una comunicación eficaz entre pacientes y personal de salud. Con el conocimiento y entendimiento de este idioma, se podrá transmitir de manera fehaciente y precisa la sintomatología del paciente. A partir de un enfoque mixto de investigación y un alcance explicativo, el estudio considera que una percepción parcial del estado de salud del paciente genera diagnósticos imprecisos y consecuencia de esto, una renuencia a recurrir nuevamente a este servicio. Por tanto, se sugiere que la comunicación intercultural, que se encuentra mediada por el uso del idioma quechua por parte de los operadores de salud, guarda una estrecha relación con la prevalencia de enfermedades respiratorias agudas. Los resultados de esta investigación establecen que los pobladores quechua hablantes con infecciones respiratorias agudas a menudo experimentan un trato deficiente por el personal de salud. Además, cuando los técnicos de salud utilizan exclusivamente el idioma español, la comunicación con sus pacientes no fluye adecuadamente,

por lo que los mensajes no son entendidos, lo que lleva a que los pacientes eviten regresar a los Centros de Salud en busca de atención médica.

Luego, la investigación de Valencia (2018) titulada: “*Interculturalidad en relación al uso de la medicina tradicional en la provincia del Cusco*”. La finalidad del estudio es analizar la interculturalidad en salud a partir de la valoración de la medicina tradicional en establecimientos médicos urbanos y rurales. La autora señala la forma en como está siendo valorada la práctica y el conocimiento de la medicina tradicional, buscando establecer los avances de la aplicación de la interculturalidad en el campo de la salud en centros de salud cusqueños. Es así que, se plantean notables desencuentros que impiden el reconocimiento del saber popular, conocimiento que en muchos casos es efectivo. Las conclusiones a las que arriba la autora, evidencian una aplicación del enfoque intercultural parcial, además de que la valoración de la medicina tradicional es incipiente debido a algunas limitaciones de los actores médicos que participan en estos espacios. Por otro lado, se puede evidenciar en algunos Centros de Salud un importante avance en la valoración de los conocimientos tradicionales y paralelo a ello un impulso de la interculturalidad.

Así también, la investigación hecha por Dongo y Puente de la Vega (2011): “*La atención del parto con enfoque intercultural en los hospitales Regional y Antonio Lorena de la provincia del Cusco*”, propone que el parto vertical aplicado con un enfoque intercultural en la ciudad del Cusco, se encuentra en un estado incipiente por lo que, en la atención materna, se manifiestan condicionantes que en otras palabras son barreras culturales, tales como el idioma y la consideración de las costumbres de los actores sociales, lo que limita la comprensión de formas de pensar, sentir y vivir diferentes. Se hizo uso de un enfoque cualitativo y de un método hipotético deductivo. Los resultados de la investigación establecen que, las estrategias de adaptación cultural no han sido suficientemente desarrolladas, lo que ha llevado a que un gran grupo de personas no pueda acceder a los servicios de salud, debido a la falta de adecuación a sus características culturales. En relación con el parto vertical, se ha establecido que las barreras mencionadas han sido factor determinante para su falta de atención. Los especialistas que atienden los partos solo conocen parcialmente el enfoque intercultural y el parto vertical. A pesar de todo ello, se manifiesta una inexistencia de prejuicios culturales por parte de médicos y obstetras. Sin embargo, los mismos actúan en función a la normativa vigente la que los orilla a preferir la litotomía en lugar del parto vertical. Por último, se concluye que existe una relación de poder en la interacción médico-paciente, donde el médico tiene la autoridad suficiente para influir y tomar decisiones relacionadas a la salud del paciente

Cahn (2012), en su investigación: “*Comunicación entre personal médico y pacientes indígenas un estudio de la medicina intercultural*”, realizada en la comunidad de Huancarani, provincia de Paucartambo, da a conocer la interacción entre el personal médico y los pacientes, el primero de ellos, posee una perspectiva occidental y utilizan el castellano como idioma, mientras que los pacientes, son de origen “indígena” y tienen como idioma materno el quechua, la problemática que identifica el autor se relaciona con las barreras culturales y su relación con la calidad de atención. Con una metodología cualitativa y apoyándose de observaciones y entrevistas, el investigador establece que los pacientes mostraron una opinión favorable —a pesar de haber esperado por mucho tiempo a que esta se realice—, respecto a la atención médica que recibieron, además postula que la relación entre ambos actores —médicos y pacientes—, es demasiado individual, por lo que depende mucho de la situación y la personalidad de ambos. Finalmente, esta situación puede ser mejorada a partir del incremento de la confianza mutua para mejorar la comunicación repercutiendo de manera positiva en la atención médica.

Abanto (2021), en su investigación realizada en el distrito de Livitaca, provincia de Chumbivilcas titulada: “*Pertinencia Cultural del Personal Sanitario en la atención primaria de salud de la micro red Livitaca – 2018*”, argumenta que, el escaso conocimiento de la pertinencia cultural, origina que los pacientes del servicio de salud, se vean excluidos por su manera de concebir el proceso de la enfermedad, esto debido a que la medicina moderna-científica tiene pautas y formas de proceder que resultan muchas veces contrarias a las de la medicina tradicional. La metodología empleada en la investigación posee un alcance descriptivo y un enfoque cuantitativo. A partir de ello, el autor señala que, existe una inclinación y tendencia para no asistir a los centros de salud, resultado de un insuficiente nivel de confianza en los trabajadores de salud, los cuales, no reconocen el conocimiento ancestral de los pacientes. Así, se concluye que la adecuación a la diversidad cultural es limitada y se reconoce una deficiente complementariedad con la sabiduría tradicional debido a una falta de comunicación con la población usuaria.

Sumeriski (2016), en su informe de investigación: “*Los rompecabezas del enfoque intercultural: el estado actual, la integración de los sistemas de salud indígena y convencional y el estancamiento de la transversalización en el Centro de Salud de Huancarani*”, analiza cómo es funcional la medicina intercultural y los componentes que coadyuvan a la articulación de los sistemas de medicina tradicional y científica. Especificando además la forma en la que se alcanza la transversalización del enfoque intercultural, a partir de componentes que impulsan este enfoque, los cuales son: el intercambio de conocimientos, la incorporación del parto

vertical, el idioma y actitudes de respeto e interés y, por otro lado, los limitantes para la incorporación de la interculturalidad, son manifestados en actitudes relacionadas a la apatía o discriminación, la falta de incorporación de costumbres y una severa escasez de personal de salud, la situación se ve agravada por que los pocos que laboran allí se ven sobrecargados de trabajo, desencadenándose en una afectación en la calidad de atención médica a los usuarios debido a las demoras excesivas.

A nivel local, en la provincia de Paruro, Ttito (2008), en su investigación para optar el grado de magister titulada: *“Interculturalidad en la salud reproductiva de mujeres campesinas de Molle Molle Huanquite – Paruro, Cusco, Perú”*. Propone que los programas de atención de la salud, específicamente en el rubro de la salud reproductiva y planificación familiar, son impuestas a la población campesina, generando resistencia y conflictos, lo que desencadena una situación donde las mujeres de la zona no acuden voluntariamente a los Centros de Salud. Por el contrario, lo hacen de forma obligada o por miedo a una sanción que se manifiesta en multas pecuniarias, en productos agrícolas o en trabajo no remunerado, de esta manera las familias campesinas desaprueban la atención de la salud reproductiva y planificación propias de la biomedicina. La autora concluye señalando que las mujeres que son abordadas en los Centros de Salud, debido a una mala atención durante el parto, se sienten “enfermas”, es más, se ha podido identificar testimonios de quedar invalidadas para el trabajo físico. Además, se constata un trato discriminatorio y paternalista por parte de los trabajadores de salud, que se manifiesta en adjetivos peyorativos o en la negación de la atención médica.

Aguilar (2023), llevó a cabo una investigación titulada: *“Visión del usuario sobre los servicios de salud con pertinencia cultural en la provincia de Paruro - 2020”*. El propósito de la investigación fue, realizar una descripción del punto de vista del usuario sobre la pertinencia cultural de los servicios de salud en el Centro de Salud “Santa Gema Galgani” del distrito de Paruro. La metodología empleada en este estudio tuvo un enfoque mixto, se aplicaron encuestas y entrevistas a una muestra conformada por 70 usuarios. Los resultados de la investigación revelan una atención negativa por parte del personal de salud. La percepción que tienen los interlocutores entrevistados y encuestados, es que, en general, los servicios de salud poseen severas deficiencias, como la insuficiencia en una comunicación efectiva determinada por el desconocimiento del quechua, presencia de discriminación lingüística y de género y deficiencias severas en la atención a usuarios de la tercera edad y adultos jóvenes. La investigadora concluye afirmando que el Centro de Salud Santa Gema Galgani de Paruro, presenta una variedad de necesidades y desafíos, los cuales afectan de manera directa a la calidad de atención de los usuarios de la población rural de Paruro.

Entonces, de lo expuesto, se puede afirmar que en las investigaciones revisadas, se manifiesta barreras culturales en espacios donde se ofrece el servicio de salud, se ha mencionado la presencia de discriminación y se sugiere la presencia de prácticas impositivas del sistema biomédico oficial occidental, tal como señala Ttito (2008), las cuales, aunado a una conducta intercultural negativa (Huanachin y Pariona, 2017; Aguilar, 2023), condicionan una atención de calidad, a pesar de todo ello, se han notado avances importantes en la integración del enfoque intercultural en el campo de la salud, tal como lo ha expresado Valencia (2018) y Dongo y Puente de la Vega (2011); por otro lado, se ha podido apreciar que existe una tensión en la interacción entre los trabajadores del servicio de salud y los pacientes, que se manifiesta en la hegemonía, lo que causa que la población de pacientes se mantenga subalterna, subyugada y sin capacidad de actuar o enunciar, lo que condiciona a futuro que la población se muestre renuente a volver a solicitar atención médica en estos lugares, las causas de esto diversas, por ejemplo barreras comunicacionales idiomáticas, señaladas en el estudio de Mayorga (2017), o insuficiente capacitación o conocimiento del enfoque intercultural, evidenciadas en la investigación de Urrutia-Arroyo (2018).

La presente investigación busca indagar con profundidad y especificidad una de las conclusiones que se establece en la investigación de Dongo y Puente de la Vega (2011), es decir, la relación que existe entre el personal de salud y los usuarios del servicio de atención médica primaria, en donde, por nuestra parte consideraremos como hipótesis que guía la investigación, que se presenta una relación desigual la cual se expresa con la imposición hegemónica de un sistema cultural médico y sus respectivas prácticas por sobre otro, así también se considera la comunicación intercultural, como componente a describir durante el proceso de salud-enfermedad-atención médica.

1.8. Marco conceptual

a. Interculturalidad: la interculturalidad es entendida más que el contacto o coexistencia entre grupos de diferentes culturas en un mismo espacio. Se trata más bien de una posibilidad de convivencia dignificante que se basa en el respeto y reconocimiento de la diversidad cultural (Tubino y Flores, 2020).

b. Interculturalidad de hecho: es la realidad de convivencia intercultural en la que las diferencias de orden cultural se manifiestan en la vida cotidiana, sin que necesariamente implique un respeto y reconocimiento genuino de dichas diferencias. La situación de interculturalidad de hecho, a menudo se relacionan con asimetrías socioculturales y desigualdades que perpetúan la marginalización de ciertos grupos. En esta situación, no se

presenta una integración y respeto mutuo, sino más bien una tolerancia pasiva y la ignorancia de la diversidad (Tubino y Flores, 2020).

c. Biomedicina: “Conjunto de disciplinas que desempeñan un papel fundamental en la práctica de la biomedicina, integrada por varias disciplinas relacionadas con el estudio de la vida, su fin principal es el conocimiento de mecanismos moleculares, bioquímicos y genéticos de las enfermedades humanas, centrándose en áreas temáticas como la inmunología, la biología molecular, su campo de aplicación no solo se reduce a al aspecto práctico sino puede redefinir conceptos teóricos”. (Bustos, 2017, p. 16)

d. Exclusión: “Proceso por el cual a ciertos individuos y grupos se impide sistemáticamente el acceso a posiciones que le permitirán una subsistencia autónoma dentro de los niveles sociales determinados por las instituciones y valores en un contexto dado”. (Jiménez, 2008, p. 178)

e. Modelo médico hegemónico: es un modelo caracterizado por que se enfoca únicamente en los factores biológicos que conforman el proceso de la salud y la enfermedad, dejando de lado aspectos como los factores culturales, históricos y sociales que influyen en la salud de las personas. Su carácter impositivo y hegemónico perpetua las desigualdades en el acceso a la salud y excluye otras formas de modelos médicos subalternos que suelen ser igualmente válidos y efectivos (Menéndez, 2020a).

f. Modelos médicos subalternos: incluyen práctica de salud tradicional, medicinas alternativas y sistemas de salud indígenas que han sido sistemáticamente subalternizados por la biomedicina dominante. Estos modelos proporcionan enfoques más holísticos de la salud al integrar dimensiones culturales, espirituales y sociales a la atención de la salud (Menéndez, 2020a).

g. Hegemonía: “Una hegemonía es siempre un proceso compuesto de experiencias, relaciones y actos y no se produce de modo pasivo: es permanentemente desafiada y resistida por otras presiones que constituyen los momentos contrahegemónicos o de hegemonías alternativas. Si la hegemonía, por definición, siempre es dominante, jamás lo es de un modo total o exclusivo”. (Altamirano, 2002, p. 119)

h. Subalternidad: en el marco de la teoría de Gayatri Spivak, quien sigue la propuesta teórica de Antonio Gramsci, la subalternidad es “una condición en la cual las personas o grupos de personas se encuentren en una condición de opresión y marginalización, lo que impide que los subalternos se expresen y sean escuchados. El concepto de subalternidad implica entonces que las personas no “pueden hablar” en su propio nombre ya que son constantemente silenciados por el discurso dominante”. (Hernandez, 2013, p. 104)

i. Enunciación: en el marco de la teoría de Spivak, es la capacidad de los subalternos para poder expresarse y a su vez ser escuchados en sociedad. Esta capacidad es frecuentemente impedida por estructuras de poder que silencian y marginan sus voces (Spivak, 1985).

j. Capacidad resolutoria: con referencia a la salud pública, es la eficacia y la efectividad que tiene el sistema de salud para poder abordar y dar solución a los problemas de salud de la población de manera equitativa y justa (Yon, 2017).

1.9. Metodología de la investigación

1.9.1. Tipo y nivel de investigación

Esta investigación se clasifica dentro de la tipología básica, tal como lo propone Behar (2008) y Ñaupas et al. (2018), ya que su principal finalidad es la generación de conocimiento. El estudio se orienta hacia la comprensión de la realidad investigada, con el fin de llenar aquellos aspectos de la realidad estudiada que no han sido completamente comprendidos, pero que son de crucial relevancia. En este sentido, se buscan comprender fenómenos relacionados a la interacción entre actores sociales en el ámbito de la salud pública, específicamente en la interrelación entre los usuarios y el personal de salud.

Cabe precisar que, a pesar de que la investigación se encuentre dentro de la tipología básica de investigación, es posible que esta sea aplicada en diferentes contextos y sea usada para la creación de proyectos o políticas públicas relacionadas con la gestión de la salud en comunidades rurales, espacios urbanos y periurbanos.

Por su parte, se consideró un nivel de investigación descriptivo, pues se buscó caracterizar el fenómeno de la investigación, dando cuenta de sus propiedades y características (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2018). En este caso, buscamos describir para comprender la interrelación entre los usuarios y el personal de salud, caracterizando los aspectos tanto subjetivos como objetivos que conforman este fenómeno.

1.9.2. Método

El método de investigación es una combinación, entendida desde la propuesta de Batthyány y Cabrera (2011) entre los métodos deductivo-inductivo, que permite aprovechar las fortalezas de ambos métodos para una comprensión profunda del fenómeno estudiado. En primer lugar, se parte de un marco teórico previamente sistematizado y estructurado el cual orienta la dirección general de la investigación, esta primera fase es la deductiva. Esto implica la consideración de conceptos teóricos ya establecidos como la interculturalidad, hegemonía y subalternidad. Simultáneamente, se incorpora un proceso de inducción en donde se analizan y recogen datos de casos concretos sobre la interrelación entre el personal de salud y los usuarios del servicio de atención médica primaria en un contexto intercultural. Con este método se

posibilita la extracción de datos particulares sobre la dinámica estudiada para luego dialogar con los enfoques teóricos.

1.9.3. Diseño de investigación

Se ha considerado un diseño fenomenológico, conforme a la propuesta de Escudero y Cortez (2018), con este diseño se buscó comprender el fenómeno de investigación ponderando la perspectiva de los interlocutores, describiendo sus experiencias, revelando la estructura de la cotidianidad y los aspectos particulares de la vida de cada persona. En este sentido, se buscó dar cuenta de las experiencias de los interlocutores desde su propio punto de vista, considerando tanto la óptica propia del personal de salud, como de los usuarios con respecto a su interrelación en el Centro de Salud. Con todo ello, se procuró capturar la esencia de las vivencias de ambas partes, lo cual fue fundamental para entender los aspectos que subyacen a la comunicación intercultural, a las relaciones de poder en el marco de la atención médica primaria en un contexto intercultural.

1.9.4. Técnicas de investigación

Entrevista no estructurada: debido a su carácter abierto y flexible esta técnica de investigación resultó ideal para ser aplicada mediante conversaciones espontáneas adaptándose a contextos y circunstancias en donde se encuentren los actores sociales (Monje, 2011). En este estudio, fue utilizada principalmente con los usuarios, ya que permitió una mayor fluidez y espontaneidad en el diálogo.

Entrevista semiestructurada: siguiendo la propuesta de Monje (2011) este tipo de entrevista se aplicó tanto a los usuarios como al personal de salud. Posee un carácter flexible, sin embargo, se establecen temáticas generales, en base a categorías preestablecidas, para guiar la conversación. La idea fue que el informante, tenga la libertad de expresarse, sin estar sujeto a un cuestionario delimitado, así se busca captar las percepciones del entrevistado en su contexto. Además, en algunas circunstancias fue necesario modificar el orden y la forma de encaminar las preguntas, en función a la situación, las características del interlocutor y la información que este nos pueda estar ofreciendo durante la conversación. Por otra parte, esta técnica, fue fundamental con médicos y enfermeras del Centro de Salud, ya que fue necesario realizar una solicitud anterior para y, además, por la condicionante de tiempo limitado, lo que requería una pauta un tanto más estructurada y organizada para la recolección de datos.

Observación participante: esta técnica fue empleada con el objetivo de comprender en profundidad el comportamiento y las experiencias de los actores en el contexto en el que se interrelacionan. El investigador se involucró directamente en el entorno, estando presente durante los procesos de interacción y en las diversas circunstancias y escenarios que estos

implican, siempre respetando la confidencialidad del usuario. Esta aproximación al medio de investigación, nos ayudó a describir con mayor detalle, los espacios, las conductas, las dinámicas, las interacciones y relaciones sociales que se establecen, para de esta manera registrar las tensiones o, en su defecto las convergencias y acuerdos que muchas veces resultan implícitos para los actores sociales.

1.9.5. Instrumentos de investigación

Los instrumentos de acopio de datos para la técnica de la entrevista fueron, la guía de entrevista, la cual fue construida en función a temas y subtemas planteados con anterioridad y que se pueden apreciar en la matriz de consistencia y categorización (ver anexos). Se emplearon herramientas tales como, teléfono celular y una libreta de apuntes, que fue necesaria para realizar valoraciones posteriores a la entrevista que no fueron captados en audio.

Los instrumentos para la recolección de datos para la observación fueron: la guía de observación, que se estructuró en base a tres líneas generales: escenario, actores sociales y comportamientos. Esta ficha guio el enfoque puesto durante la observación participante, los detalles recogidos fueron registrados en el diario de campo.

1.9.6. Unidad de análisis y observación

Tabla 1

Unidad de análisis y observación

Unidad de análisis	El proceso de atención médica primaria en el Centro de salud del distrito de Paruro
Unidad de observación	Personal de Salud que labora en el Centro de Salud del distrito de Paruro y usuarios del servicio de atención médica primaria

1.9.7. Población y muestra

1.9.7.1. Población

La población de este estudio está constituida por usuarios del Centro de Salud que acuden al servicio de atención médica primaria y al personal de salud que presta servicios en dicho establecimiento. Según el reporte de la Plataforma Digital Única del Estado Peruano (2022), el distrito de Paruro cuenta con un total general de 2986 personas aseguradas en el Seguro Integral de Salud. Esta población, es en su mayoría quechua hablante 77,57%, autoidentificada como quechua en un 11,29% y, según Aguilar (2023), mayoritariamente arraigados a prácticas ligadas a la medicina tradicional.

Por su parte, en el personal de salud, se ha podido identificar a una población total de cuatro médicos, dos odontólogos, cuatro enfermeras, cuatro obstetras, cuatro personal técnico y dos laboratoristas. El personal rota constantemente de turno, por lo que, en ocasiones suelen estar ausentes hasta más de una semana.

1.9.7.2.Muestra

Unidades iniciales y finales de la muestra: personal de salud y usuarios, que son partícipes del proceso de atención médica primaria, cabe precisar que el número de casos, para la investigación cualitativa es flexible y estará en función de criterios de inclusión y exclusión. De esta manera, la muestra estuvo constituida por 15 interlocutores, 8 pertenecientes al personal de salud y 7 a los usuarios del servicio de atención médica primaria.

Tipo de muestra: no probabilística, acorde al enfoque cualitativo de la investigación, por lo que no busca la representatividad estadística de toda la población. Se trata de una muestra heterogénea, ya que los sujetos de estudio presentan características distintas y asumen roles diferentes dentro de la interrelación en el contexto de salud. Es una muestra con expertos, en el caso de los profesionales de la salud, quienes aportan perspectivas especializadas sobre el tema de estudio. Además, se emplea una muestra de casos tipo conforme a lo establecido por Hernandez Sampieri y Mendoza (2018), en la cual se han seleccionado sujetos que representan experiencias significativas, permitiendo identificar patrones de comportamiento, valores y significados dentro del grupo de usuarios del servicio de atención médica primaria que reflejen situaciones típicas en las dinámicas del contexto intercultural.

Se seleccionarán a los interlocutores de acuerdo con los siguientes criterios:

a. Criterios de inclusión

Para el personal de salud:

- Profesionales que se encuentran acreditados en su labor, médicos y enfermeras que estén actualmente trabajando en el Centro de Salud del distrito de Paruro.
- Experiencia: profesionales que hayan atendido a personas quechua hablantes.
- Interacción directa con el usuario en el servicio de atención médica primaria: profesionales que en su rol atiendan de manera directa en la prestación de servicios de salud.

Para los usuarios:

- Grupo etario, los interlocutores con un rango de edad de 15 a 80 años, con el fin de obtener puntos de vista específicos, este grupo será dividido en dos, el

primero comprenderá las edades entre 15 a 30 años y el segundo grupo de 31 años a más.

- Idioma: usuarios que sean quechua hablantes, ya sea exclusivamente o de manera bilingüe.
- Utilización del servicio de salud, se han seleccionado informantes que hagan uso del servicio de atención médica primaria y que puedan compartir sus experiencias.
- Lugar de residencia, los informantes deben asentarse en el distrito de Paruro y las comunidades que lo conforman, de tal manera que les corresponda la atención de salud en el Centro de Salud de este lugar.

b. Criterios de exclusión:

- Negación del consentimiento informado, el cuál es crucial pues no se puede obligar a nadie a participar de la investigación si no se tiene su aprobación explícita.
- No disponibilidad: personas que no se encuentren completamente disponibles en participar en las entrevistas debido a factores como la ocupación laboral, el limitado tiempo u otras responsabilidades.

De esta manera, conforme a los criterios de inclusión y exclusión se han consolidado los siguientes participantes que constituyen la muestra de la investigación. La cantidad de interlocutores estuvo determinada por la saturación de las categorías o temas generales de la investigación. En la siguiente tabla se especifican los códigos, con los que se han nombrado a los interlocutores, los cuales son letras asignadas al azar y sirvieron para identificarlos durante el proceso de análisis de datos y aparecen con los mismos en el informe de resultados, una edad aproximada, el cargo u ocupación y la zona en la que fueron abordados:

Tabla 2

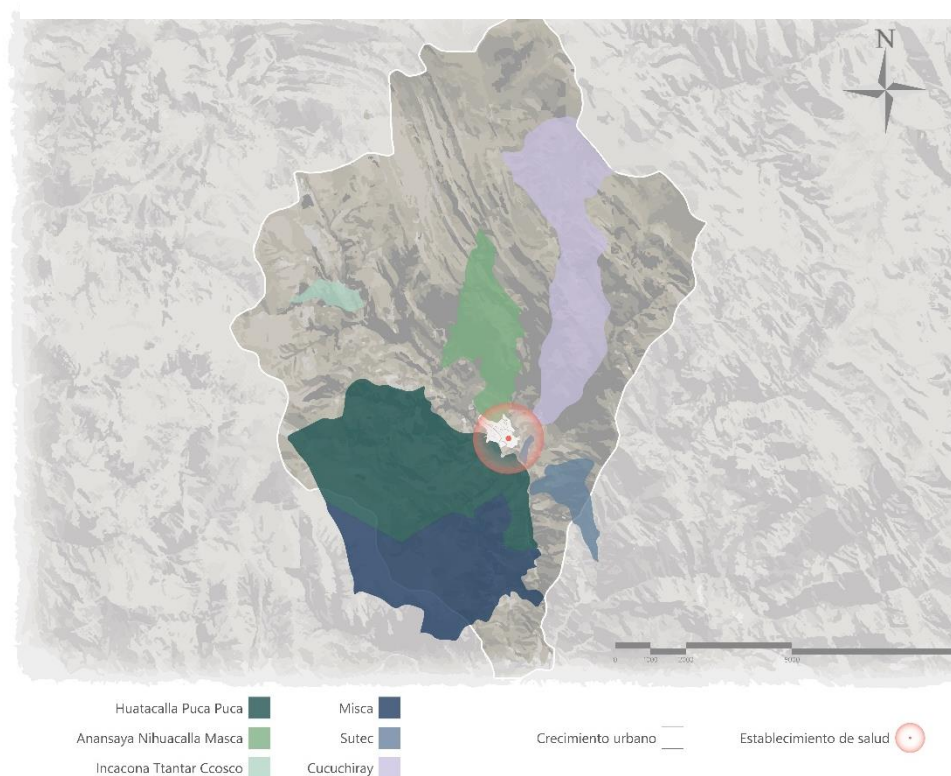
Muestra de la investigación

	Código interlocutor	Edad aproximada	Cargo/ocupación	Lugar
1	Médico ICR	40	Médico	Centro de Salud
2	Médico HH	45	Médico	Centro de Salud
3	Médico PBA	38	Médico	Centro de Salud
4	Médico EP	29	Médico	Centro de Salud
5	Médico SS	40	Médico	Centro de Salud

6	Obstetra GSZ	40	Obstetra	Centro de Salud
7	Enfermera SAB	30	Enfermera	Centro de Salud
8	Enfermera MP	35	Enfermera	Centro de Salud
9	Usuario AA	29	Comerciante y técnico egresado	Sutec
10	Usuaría ZB	28	Comerciante	Sutec
11	Usuaría MCG	47	Docente	Cucuchiray
12	Usuaría F	60	Ama de casa	Cucuchiray
13	Usuaría SN	61	Agricultora	Huatacalla
14	Usuario XS	64	Agricultor	Huatacalla
15	Usuaría B	74	Pastora	Incacona

Se han considerado interlocutores de las comunidades de Sutec, Cucuchiray, Huatacalla e Incacona, debido a su cercanía al Centro de Salud. A estos pobladores les corresponde la atención en el Centro de Salud “Santa Gema Galgani” y son quienes hacen uso del servicio de atención médica primaria. A continuación, precisamos esta información en el siguiente mapa:

Figura 1
Comunidades cercanas al Centro de Salud



Nota. Elaboración propia con el apoyo técnico del arquitecto Brayan Córdor Huamán.

c. Caracterización de la muestra

Los actores sociales involucrados en el proceso de atención médica en el Centro de Salud evidencian diferentes particularidades, como pueden ser: culturales, sociales, económicas, de formación académica, lugar de procedencia, entre otros. Con la finalidad de establecer características comunes compartidas por los actores sociales investigados, hemos optado por dividir a las personas que forman parte de este proceso en dos grupos, el personal de salud y los usuarios.

Los grupos mencionados no resultan necesariamente contradictorios ni opuestos. Sino que, como veremos más adelante, entre ellos existe una interacción compleja caracterizada por matices y contrastes que van desde un entendimiento y comunicación efectiva, hasta tensiones y malos entendidos. Es más, en muchas ocasiones se pueden encontrar características similares o compartidas entre individuos de ambos grupos, lo que evidencia la diversidad del escenario de investigación.

El personal de salud del distrito de Paruro

Este grupo se encuentra conformado por profesionales especializados en la atención de la salud, estos son: médicos, odontólogos, enfermeras. La totalidad de los colaboradores que integran este grupo han sido instruidos en una institución avalada por el Estado, ya sea de carácter público o privado. Detallaremos a continuación las características principales de los actores sociales de este grupo, así como detalles relacionados a la indumentaria y otros aspectos complementarios.

La formación académica de los entrevistados pertenecientes a este grupo, incluyen casas de estudio como la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, la Universidad Andina del Cusco, el Instituto Superior Antonio Lorena y una Universidad Boliviana de la cual no obtuvimos mayores detalles por parte de nuestros interlocutores.

Por otro lado, el rango de edad de nuestros interlocutores, se encuentra entre los 29 hasta los 45 años aproximadamente. La mayoría ha tenido experiencias laborales en diferentes contextos con características similares al del distrito de Paruro, es decir un contexto andino, como también en lugares diferentes como la selva de Madre de Dios. Es necesario mencionar que, según el propio testimonio de los trabajadores del establecimiento, el personal médico y técnico rota con el transcurso del tiempo.

Un aspecto importante para destacar es que, los interlocutores de este grupo, han sido abordados en su centro de trabajo, debido a que sus horarios se encuentran en la mayoría de tiempo ocupados, o en su defecto tienen que realizar viajes periódicamente. Se ha tomado un especial cuidado en que las entrevistas no interfieran con el normal desarrollo de sus

actividades diarias, optando realizar la conversación en sus tiempos libres o al finalizar su jornada laboral.

Por último, destacamos la dimensión de la vestimenta. Los médicos se encuentran caracterizados por una bata blanca y las enfermeras por poseer una indumentaria de color azul o turquesa. Esta indumentaria es usada en conformidad con la normativa vigente del sistema de salud y los distingue frente a la población usuaria.

Los usuarios del servicio de atención médica primaria

En este grupo, se encuentran los actores sociales que son atendidos en el Centro de Salud, se trata de pobladores residentes del distrito de Paruro y de zonas aledañas a este. Las personas atendidas en este establecimiento, pueden ser también transeúntes, es decir personas que se encuentran de paso en el distrito y que han requerido atención médica por diversos motivos. Las características de estas personas son variadas, se han podido entrevistar a mujeres y varones, de diferentes edades, formación académica, ocupación y lugar de procedencia.

La totalidad de entrevistados, se caracteriza por hablar de manera fluida el idioma quechua, en la mayoría de los casos, se trata de su idioma materno. En otros, como se podrá leer más adelante, el idioma quechua ha sido adquirido durante el proceso de socialización en la infancia, donde la presencia de este idioma ha sido de suma importancia para su desenvolvimiento en la comunidad, esto último explica el dominio integral de este idioma.

Las edades de los interlocutores, se encuentran en el rango de los 28 a los 74 años. En todo el desarrollo de sus vidas, evidentemente, han experimentado una serie de complicaciones en su salud. Esto, a su vez, ha podido generar experiencias relacionadas a la atención biomédica. Así, mismo, poseen conocimientos importantes de medicina tradicional andina.

Los conocimientos de medicina tradicional de nuestros interlocutores han sido adquiridos en base a la socialización y las vivencias, tanto en su tierra natal, el distrito de Paruro, como en otros lugares donde han podido desenvolverse. Del mismo modo, las percepciones y situaciones experimentadas durante la interrelación con el personal de salud, se basan en acontecimientos que han tenido que vivir en años pasados en este tipo de espacios, donde se practica la biomedicina. En este caso, se considera el Centro de Salud “Santa Gema Galgani” del distrito de Paruro, pero también se toma en cuenta¹⁴ a otros centros de salud, como los que están ubicados en la ciudad del Cusco. Debido a que, generalmente, cuando se complica

¹⁴ De forma indirecta, gracias a los testimonios de los entrevistados.

o cronifica su situación son derivados a los nosocomios del Cusco, en este caso, el Hospital Regional del Cusco y el hospital Antonio Lorena.

Las ocupaciones de los entrevistados son varias, desde amas de casa, agricultores, a profesionales, técnicos y exservidores públicos. Esto indica también la variada formación académica de los interlocutores, se ha podido identificar personas solamente con primaria completa, que no poseen capacidades suficientes de lectura ni escritura, de manera que su interacción con el sistema de salud ha sido complicada.

Por último, se debe aclarar, que la totalidad de nuestros entrevistados nacieron en la provincia de Paruro y, han pasado una gran parte de su vida en este contexto. Por lo tanto, conocen las dinámicas que se desarrollan en la comunidad. Es decir que poseen una base cultural común, lo que incluye tradiciones y costumbres similares, en materia de salud, a partir de conocimientos relacionados a la medicina tradicional.

1.9.8. *Procesamiento y método de análisis*

Conforme a lo propuesto por Braun y Clarke (2022) para el procesamiento y análisis de la información se ha seguido un análisis temático en las siguientes fases:

La primera fase corresponde a la familiarización de los datos. Realizadas y aplicadas las técnicas de recolección de datos, se transcribió la información del material audiovisual, el texto recabado en la guía de observación y las notas de campo a un formato que facilite su manejo y categorización, para esto se utilizó el *software Microsoft Office Word 2016*. Además, es necesario precisar que la transcripción se realizó respetando fielmente el discurso extraído en el trabajo de campo, sin alterar o simplificar su contenido, todo este texto fue almacenado de forma ordenada. Con todo ello, se procedió a realizar lecturas y relecturas, con el fin de empezar a notar aspectos relevantes de los textos para identificar patrones preliminares de las entrevistas para una posterior codificación y establecimiento de temas.

La segunda fase estuvo enfocada en la codificación. Para este fin se hizo uso del *software Atlas.ti 9*, el cual fue útil para manejar la información textual y facilitar la identificación de aspectos relevantes, patrones, convergencias y divergencias que contribuyan a comprender los enunciados de los interlocutores. Tomando en cuenta la metodología deductiva – inductiva de la presente investigación se creó un libro de códigos haciendo uso del *software Microsoft Excel 2016*, que posteriormente fue importado a *Atlas.ti 9*. En esta fase, se realizó la codificación con las categorías centrales teóricas preestablecidas (competencias comunicativas interculturales, y para el caso de las relaciones de poder, se consideraron las categorías de hegemonía y subalternidad). Paralelo a lo anterior, se consideró la codificación de categorías emergentes basadas en la propia narrativa de los interlocutores.

La fase tres, consistió en la búsqueda de temas, tomando en cuenta tanto las categorías principales mencionadas como nuevas categorías emergentes. En esta fase se revisaron las categorías identificadas en el proceso de codificación abierta y se buscaron patrones, convergencias y divergencias en los testimonios de los interlocutores.

En la cuarta fase, se revisó si los códigos guardan correspondencia con los testimonios codificados, de manera que se garantice su relevancia como parte de un tema o subtema. Así también se suprimieron subtemas que no resultaron lo suficientemente relevantes, de tal modo que se refleje con la mayor precisión posible el contenido general de la investigación.

La fase cinco consistió en agrupar los temas y subtemas. Esto se realizó a partir de la construcción de grupos de códigos en *Atlas.ti 9*, en los cuales se dispusieron los temas y subtemas. Se consideraron tanto los temas generados en la fase deductiva como los temas que emergieron en la fase inductiva de la investigación.

En la sexta fase, la última, se realizó la redacción del informe de investigación. Conforme al diseño fenomenológico de la investigación y considerando las propuestas de Braun y Clarke (2022) y Atkinson y Coffey (2003), la narrativa de la presentación de resultados, se centró en los testimonios de los interlocutores, tratando de describir sus experiencias y ponderando sus propias palabras, con la finalidad de captar sus puntos de vista específicos sobre los acontecimientos experimentados por ellos.

1.9.9. Aspectos éticos de la investigación

En esta investigación se siguieron lineamientos éticos en pro de garantizar la protección y confidencialidad de los usuarios. Al inicio de cada entrevista, se realizó un consentimiento informado oral, en el que se manifestaba a cada interlocutor el propósito de la investigación y sus derechos durante la entrevista. Fue fundamental realizar la aclaración a los interlocutores desde el inicio que el propósito de la presencia del investigador tenía el fin de realizar una investigación científica y no el de una fiscalización o evaluación del Centro de Salud. Esta distinción fue importante para reducir cualquier temor o malentendido que pudiera influir en las respuestas de los entrevistados.

Para preservar la identidad de los interlocutores, los códigos asignados a cada uno no corresponden a las iniciales de sus nombres, sino a letras elegidas al azar, evitando así cualquier posible asociación directa con su identidad. No se consideró el uso de iniciales reales, ya que, sin un consentimiento previo y explícito, se incurría en una severa violación ética que comprometería el derecho a la confidencialidad de los interlocutores. Por lo que es necesario ser transparentes en este aspecto, dada la naturaleza delicada del tema tratado, que abarca aspectos relacionados a la intimidad y la confidencialidad médico-paciente. Así, declaramos

que el anonimato y la integridad de los participantes fueron completamente resguardados en todo el proceso de investigación.

1.9.10. Acercamiento y entrada al campo

El presente estudio, fue pensado en realizarse en el distrito de Paruro, provincia del mismo nombre, de manera que se pueda recoger datos de forma integral de sus pobladores y los operadores de salud pública. En un primer momento, se ha realizado un reconocimiento exploratorio, para posteriormente planificar una incursión con objetivos mucho más específicos.

Viajé muchas veces a este lugar, sin embargo, nunca me había planteado realizar una visita con el rigor metodológico que requería una investigación. Para ello, y a sugerencia de mi asesor de tesis, consideré contactar en un primer momento con un informante clave. Este punto fue sencillo de realizar debido a los contactos familiares que tenía en esta zona, los cuales, sirvieron de anclaje para poder realizar la inmersión. Con todo ello, me pude comunicar con MCG, quien de manera muy amable me ofreció hospedaje en su casa, para poder realizar las entrevistas planificadas durante el tiempo que requería la investigación.

De esta manera, opté por viajar un mes antes de lo planificado para realizar la inmersión exploratoria. Este primer acercamiento tuvo resultados importantes, durante los tres días en los que estuve, pude realizar las primeras entrevistas informales, que en total fueron dos. Dichas entrevistas no tenían una intención específica, y fueron más bien como una charla amical con los interlocutores, la idea era tratar de obtener un panorama general de la situación de la salud pública en el distrito desde la percepción de los usuarios. Antes de ello, había preparado una guía de entrevista semiestructurada, orientada a los usuarios del servicio de atención médica primaria, en la cual consideraba temas tentativos que surgieron a partir de un análisis deductivo de información teórica. Con este primer acercamiento a la población parureña, pude ajustar y pulir dicho instrumento que posteriormente serviría como una de mis principales herramientas de investigación.

Por otro lado, con estos primeros acercamientos, realicé el reconocimiento de las instalaciones del Centro de Salud “Santa Gema Galgani”, donde pude identificar posibles horarios del personal y el horario de atención en general que me servirían para después. Con todos estos datos realicé la planificación para un posterior viaje considerando detalles mucho más específicos, a fin de aprovechar el máximo posible mi estancia en Paruro y lograr la saturación de las categorías de investigación. Así, volví a la ciudad del Cusco para realizar los últimos detalles del proyecto de investigación.

Posteriormente, regresé a la capital de la provincia de Paruro, pero esta vez, con las herramientas de investigación construidas en su totalidad, llevando dos guías de entrevistas semiestructuradas, una específica para el personal de salud y otra para los usuarios, pero que consideraba líneas temáticas similares para ambos casos, así como también una guía de observación y un diario de campo.

La amable ayuda de MCG fue crucial, debido a que tenía el contacto con el jefe encargado del establecimiento, lo que facilitó mucho la inmersión. Con todo ello, tuve que redactar una solicitud, con la finalidad de poder realizar entrevistas al personal y observaciones dentro del establecimiento. Esta fase fue importante, pues la realización de una investigación en un espacio de dinámica compleja como un Centro de Salud, puede resultar en incomodidades a los actores sociales involucrados.

Al finalizar todos estos detalles, me encontraba facultado para poder realizar las pesquisas necesarias y acceder al personal el cuál de manera amable me acogió en las instalaciones. A partir de ese momento empecé a realizar las entrevistas al personal de salud, conforme a la disposición de sus horarios, que se encontraba publicado en una pared al interior del establecimiento y a realizar las observaciones pertinentes, cuidando en todo momento la confidencialidad y anonimato del personal de salud y de los usuarios, tema que es en extremo delicado y que requiere guardar las consideraciones del caso.

CAPÍTULO II

CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL ÁMBITO DE ESTUDIO

2.1. Ubicación geográfica

La provincia de Paruro es una de las trece que constituyen el departamento del Cusco, ubicada al sur de la provincia del Cusco (capital del departamento), a una distancia de 59 km, geográficamente el territorio se ubica en las coordenadas: “71° 40’ 43’’ y 72° 14’ 00’’ de longitud Oeste del M.G. y entre los 13° 37’ 24’’ y 14° 17’ 00’’ de latitud Sur”. (GORE Cusco, 2019, p. 20)

La extensión territorial superficial comprende los 1 084,42 km cuadrados, pertenece a la cuenca hidrográfica del río Apurímac. En base a la distribución de las regiones naturales en el Perú, la provincia se ubica en su totalidad en la sierra. Los pisos ecológicos a los que pertenece son cuatro: Quechua baja, Quechua alta, Suni y Puna. Según sus características geográficas, la provincia de Paruro, se ubica en la vertiente del Atlántico, comprendida entre las estribaciones andinas de parte central y occidental de la cadena montañosa andina. Esto hace que la provincia presente de manera moderada un territorio accidentado en las montañas. Tomando como punto de referencia las elevaciones máximas y mínimas del territorio de esta provincia encontramos que varía de 2800 msnm, en distrito de Colcha, hasta 3910 msnm, en el distrito de Omacha (GORE Cusco, 2019).

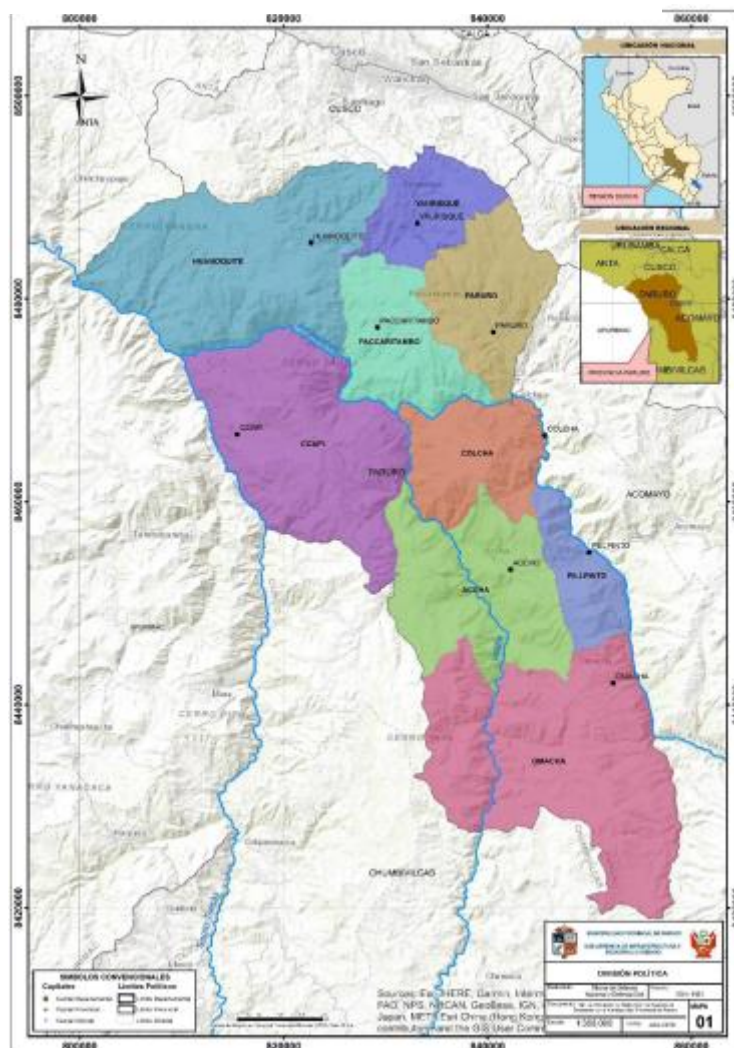
Limita por el norte con la provincia de Anta, por el este con las provincias de Quispicanchi y Acomayo, por el sur con Chumbivilcas y por el oeste con el departamento de Apurímac (GORE Cusco, 2019).

2.1.1. Ubicación política

La provincia de Paruro limita por el norte con la provincia de Anta, por el este con las provincias de Quispicanchi y Acomayo, por el sur con Chumbivilcas y por el oeste con el departamento de Apurímac (GORE Cusco, 2019).

Creada por decreto supremo en junio de 1825, tiene a la fecha nueve distritos: Accha, Colcha, Ccapi, Colcha, Huanoquite, Omacha, Paccaritambo, Pillpinto, Yaurisque y Paruro. Con un total de 463 Centros Poblados.

Figura 2
Límites políticos de la provincia de Paruro



Fuente: Plan de prevención y disminución del riesgo de desastres para la provincia de Paruro al 2021 (Municipalidad Provincial de Paruro, 2021)

2.2. Clima

En base a datos registrados por el Servicio Nacional de Meteorología e Hidrología del Perú (SENAMHI), el distrito de Paruro presenta un clima templado, semiseco y con un invierno seco. Presenta una precipitación frecuente entre los meses de diciembre y marzo, con lluvias que llegan a 300 mm y 700 mm. Por su parte, en meses secos, de junio a setiembre, se registran temperaturas que van desde los 15 °C hasta los 21 °C como máximo y como mínimo desde los 7 °C hasta los 11°C (Ministerio de Energía y Minas, 2023).

2.3. Proceso de ocupación histórica y de creación político-administrativa de la provincia de Paruro

2.3.1. Época Pre-Inca

Según la información ofrecida por el Gobierno Regional del Cusco, en esta época se asentaron pequeños ayllus, que constituyen la principal forma de organización social, a partir de estos, se consolida la sedentarización y se aprovechan las ventajas geográficas que otorga el territorio andino para que se puedan desarrollar culturas que se expanden en el territorio andino (GORE Cusco, 2019).

En ésta época, la provincia de Paruro, fue habitada por dos tribus los Chelkes, que habitaron lo que hoy es la Comunidad Campesina de Araypallpa en el distrito de Colcha y los Maskas, que se asentaron en el actual distrito de Paruro (GORE Cusco, 2019).

2.3.2. *Época Inca*

La expansión Inca llegó a dominar un extenso territorio en América Latina. Tomando control y dominando el territorio parureño. En base a las versiones míticas, los fundadores incas conocidos como los Hermanos Ayar y sus parejas habrían tenido su origen en esta provincia. Del interior del cerro Tambotoco, los hermanos tenían la misión de encontrar una tierra en la cual fundar el imperio Inca. Esta versión se relaciona con el éxodo de ayllus, entre ellos lo que habitaban la provincia de Paruro. A partir de ello, se consolidan rutas míticas y de transporte de pescado mediante las cuales, la capital cusqueña se abastecía, en un corto periodo de tiempo, de productos marinos durante la época Inca (GORE Cusco, 2019).

2.3.3. *Época colonial*

Tras la invasión española, se inicia una repartición de las tierras del imperio Inca, por lo que, con ello, aparecen nuevas formas de administración social y política. Una de estas formas fue el reparto, a partir del cual los invasores europeos se hicieron dueños de bastos territorios para mejorar su dominio y colonización. En la provincia de Paruro, los españoles habitaron primero lo que hoy es la Comunidad Campesina de Araypallpa, lugar en el que construyeron una iglesia y ubicaron la capital inicial con el nombre de: “La provincia de los Chelques y Mascaras”. Sin embargo, debido a una falta de agua y por el clima helado característico de esa parte de la provincia, deciden mudar la jurisdicción de la capital al valle (GORE Cusco, 2019).

En Paruro, se instalan tanto indígenas como españoles y debido a su cercanía a la capital Cusco, se instala en lo que hoy es el distrito de Yaurisque uno de los primeros obrajes de la colonia. Posteriormente, sucedería lo mismo en el distrito de Accha, en donde se fabricaba primordialmente bayeta que era el insumo para la producción de uniformes para los ejércitos (GORE Cusco, 2019).

2.3.4. *Época republicana*

Con la consolidación de los movimientos independentistas en Sudamérica y con el reconocimiento del Virreinato del Perú como país autónomo, la organización administrativa cambia, aunque mantiene una estructura colonial similar a su antecesora. Así, en base a las antiguas intendencias, se conforman departamentos y de antiguos partidos, se crean las provincias, divididas a su vez, en distritos. La provincia de Paruro es creada por decreto supremo un 21 de junio de 1825.

En 1857, cuando el General Ramón Castilla se encuentra como presidente provisorio se dicta la Ley Transitoria sin número referida a la creación de Municipalidades, en base a la Convención Nacional, con el fin de cubrir las necesidades locales administrativas públicas (GORE Cusco, 2019). Paruro aparece en dicha ley, compuesta por 12 distritos iniciales: “Paruro, Colcha, Yaurisque, Paccarictambo, Achahuanansaya, Huanoquito, Cocca, Ccapi, Auchaurinsaya, Omacha y Antapallpa” (GORE Cusco, 2019, p. 23).

Posteriormente a partir de la Ley N° 683 en fecha 21 noviembre de 1907, se obtiene el título de villa.

2.4. Población

En base a los datos de la Red de Servicios de Salud Cusco Sur, la población de la provincia de Paruro al año 2023, asciende a un total aproximado de 25 780. Con una mayor cantidad de población en los grupos etarios de adultos e infantes (Red de Servicios de Salud Cusco Sur, 2023). La siguiente tabla muestra la distribución poblacional de los distritos de la provincia de Paruro:

Tabla 3
Población de la provincia de Paruro por distrito y grupo etario

Provincia	Niños	Adolescente	Joven	Adulto	Adulto Mayor	Población Total
Omacha	1165	782	1359	1720	665	5694
Huanoquite	931	555	1115	1727	62	4952
Paruro	533	330	717	1286	510	3376
Ccapi	275	352	679	1062	40	3011
Accha	265	360	686	985	496	2995
Yaurisque	347	161	405	692	252	1857
Paccaritambo	213	157	347	858	247	2022
Colcha	111	62	162	327	236	598
Pillpinto	83	58	160	377	297	975
Total	4329	2817	5630	9034	3970	25 780

Fuente: Red de Servicios de Salud Cusco Sur (2023)

En la tabla anterior se puede apreciar que la mayor cantidad de población se encuentra en el grupo etario de adolescentes. Por su parte, la población adulta y adulta mayor presenta

una mayor cantidad de población en la totalidad distritos con excepción de Ccapi que tiene una cifra muy baja de adultos mayores.

El distrito de Pillpinto presenta una menor densidad de población, mientras que la mayor cantidad de personas radica en el distrito de Omacha. El distrito de Paruro, posee 3376 habitantes, de los cuales, la mayoría es población adulta.

Por su parte, los datos de población femenina, nacidos vivos y población infantil evidencia ciertas variaciones según el distrito. A partir de esta tendencia, las cifras de gestantes esperadas son las siguientes:

Tabla 4
Población infantil y gestantes esperadas

Provincia	28 días	0-5 meses	6-11 meses	Nacidos vivos	Pobl. femenina	Fem 10-14	Fem 15-19	Fem 20-49	Gestantes esperadas
Paruro	24	237	245	533	12 256	1030	1159	4956	769
Accha	0	27	28	61	1418	130	156	561	67
Ccapi	1	33	28	68	1431	143	139	575	96
Colcha	1	4	5	9	423	15	33	155	17
Huanoquite	0	4	44	103	2388	210	232	1015	215
Omacha	8	50	72	136	2721	270	323	1076	178
Paccaritambo	1	15	35	74	1013	60	117	40	39
Paruro	4	34	33	74	1558	116	117	680	81
Pillpinto	1	4	1	5	448	25	30	139	7
Yaurisque	4	20	19	42	856	61	63	362	68
Total	24	237	245	533	12 256	1030	1159	4956	769

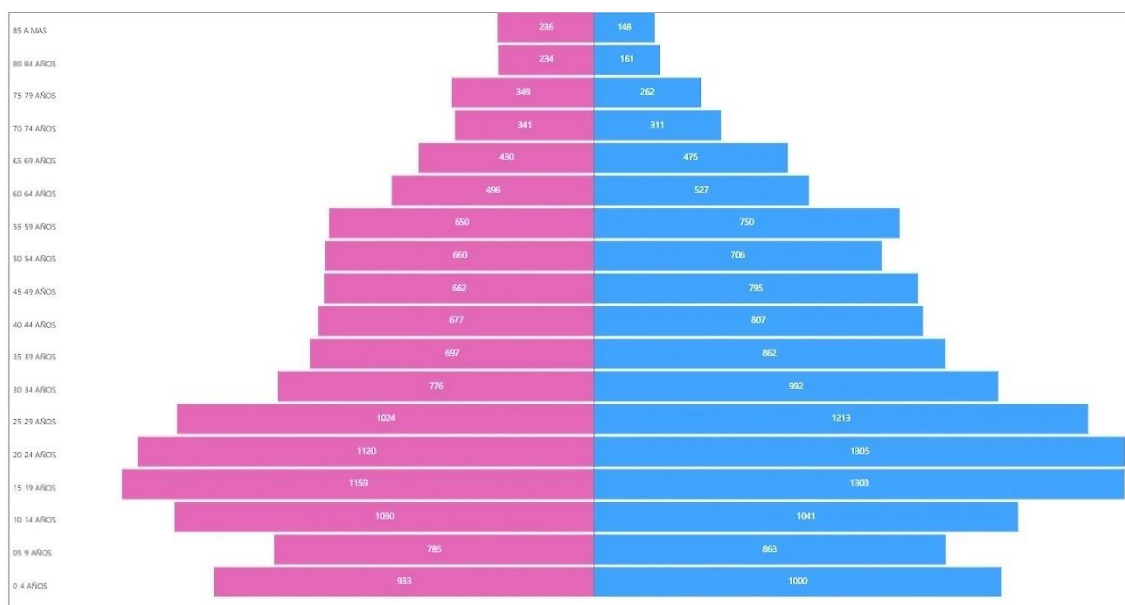
Fuente: Red de Servicios de Salud Cusco Sur (2023)

En la tabla se puede apreciar una tendencia de gestantes esperadas de 769 para la provincia de Paruro en general. Mientras que para el distrito de Paruro la cantidad es de 81 personas. Los distritos de Huanoquite, Omacha y Ccapi presentan las mayores cifras de gestantes esperadas.

Por su parte, la población infantil de recién nacidos vivos se concentran en mayor cantidad en los distritos de Huanoquite y Omacha. En el distrito de Paruro la cifra se consolida en 74 niños recién nacidos vivos.

Con todos estos datos, la pirámide poblacional del distrito de Paruro es la siguiente:

Figura 3
Pirámide poblacional de la provincia de Paruro



Fuente: Red de Servicios de Salud Cusco Sur (2023)

En la imagen se puede notar una pirámide de tipo regresiva o en forma de bulbo. Esto quiere decir que existe menor población del grupo de edades (infantes) en la base en comparación con los grupos de adultos y jóvenes en el medio. De ello, se puede inferir que la natalidad ha ido disminuyendo, mientras que se concentra población adulta. Esto implica que la media de edad de la población va a ir aumentando progresivamente con los años.

2.5. Acceso y vías de comunicación

La capital de la provincia de Paruro se encuentra a una hora y treinta minutos de la ciudad del Cusco a partir de una carretera que conecta Cusco, Ocopata, Pomate, Yaurisque y Paruro. Según el Informe del Gobierno Regional del Cusco realizado el 2019, la articulación y transitabilidad del distrito de Paruro es buena, se posibilita el acceso a las capitales del distrito a partir de vías asfaltadas. Sin embargo, para llegar a comunidades o anexos se carece de este tipo de vías asfaltadas, siendo predominantes las trochas carrozables (GORE Cusco, 2019).

A lo largo de la provincia de Paruro no se puede encontrar ninguna infraestructura vial del tipo nacional y predominan vías vecinales. Sin embargo, tiene nueve vías de carácter departamental los cuales constituyen ejes que llegan a gran parte de la provincia y la mayoría de sus distritos. Esto ha permitido la articulación entre capitales de distrito y con otros departamentos como Apurímac. El sistema vial abarca 1490,594 km a ello se agregan trochas, de las cuales 81 son registradas y 73 no lo están (Municipalidad Provincial de Paruro, 2020).

El Plan Vial de la Provincia de Paruro, establece que la mayor parte de los caminos que forman parte de la red vial de tipo vecinal se encuentran en un estado malo, representando un

total de 579,5 km, con 504 km de superficie sin aplanar y trocha carrozable 341,1 km (Municipalidad Provincial de Paruro, 2020).

2.6. Aspectos sociales

2.6.1. Educación

El alfabetismo es un indicador de fundamental importancia debido a que se asocia a resultados sociales individuales y colectivos positivos. Esto se debe a que posibilita y facilita el acceso a servicios públicos como la salud y la justicia (Municipalidad Provincial de Paruro, 2021).

La provincia de Paruro, presenta 165 Instituciones Educativas, 59 en el nivel inicial, 85 pertenecientes al nivel primario, 20 en el nivel secundario y 1 en el nivel superior, según establece el plan vial provincial participativo, de Paruro 2021-2025, “esto ha permitido que la población estudiantil para el 2019 haya sido, para el nivel inicial 976, el nivel primario 2130, secundario 2726 y técnico superior 99” (Municipalidad Provincial de Paruro, 2020, p. 102).

Los servicios educativos se encuentran constituidos por programas estatales que comprenden las modalidades de: “educación básica regular, educación básica alternativa, educación básica especial, educación técnico-productiva y educación superior no universitaria”. (GORE Cusco, 2019, p. 122)

La provincia posee 144 instituciones dedicadas a la educación inicial, 84 instituciones de educación primaria, 20 de nivel secundaria y en el nivel superior solo se tiene una institución. Sumadas hacen un total de 249 instituciones educativas, según reportes del Ministerio de Educación (MINSA) (GORE Cusco, 2019).

La tasa de analfabetismo en la provincia de Paruro presenta un valor del 24,8%. Se considera a una persona analfabeta cuando no tiene la capacidad de leer y escribir y tiene una edad de 15 años más. La siguiente tabla precisa la tasa de analfabetismo en la provincia de Paruro y sus distritos:

Tabla 5

Población que no sabe leer ni escribir y tasa de analfabetismo

Distrito	Población censada	Población de 15 años a más	No sabe leer y escribir	Tasa de analfabetismo
Paruro	3205	2399	331	13,8%
Accha	3028	2144	55	25,9%
Ccapi	3079	2202	571	25,9%
Colcha	963	756	165	21,8%
Huanoquite	4867	3433	889	25,9%
Omachá	5443	3558	1061	29,8%
Paccarictambo	2032	1638	457	27,9%
Pillpinto	1026	856	218	25,5%

Yaurisque	1924	1391	316	22,7%
Total	25567	18377	4563	24,8%

Fuente: Gobierno Regional del Cusco (2019)

En la tabla anterior, se puede observar que los distritos con mayor tasa de analfabetismo son Omacha y Paccaritambo. Mientras que el distrito de Paruro, presenta la tasa más baja de analfabetismo de la provincia.

Según datos de INEI del censo de 2017, la distribución de la población en el área urbana representa un porcentaje de 9,4% mientras que la población rural posee un 17,4%. En este marco, la menor tasa de analfabetismo en el área urbana la tiene el distrito de Ccapi con un 4% y en el área rural posee un 0,8%. Por su parte, los mayores valores se encuentran en Pillpinto y Colcha, donde, el área urbana se identifica un 22% de analfabetismo y un 19,8% en el área rural (GORE Cusco, 2019).

2.6.2. Pobreza e Índice de Desarrollo Humano

La pobreza monetaria en el distrito de Paruro presenta valores alarmantes. El distrito con una mayor cantidad de personas pobres es Omacha, cuyo indicador varía entre el 47,2% al 75,5%, lo que la ubica en el puesto 102 de los distritos más pobres a nivel nacional. El segundo distrito más pobre es Accha, cuyos valores se encuentran entre el 32,0% al 59,0%, posicionándose en el lugar 511 a nivel nacional. El distrito menos pobre a nivel monetario es Pillpinto con un porcentaje que va desde los 10,8% al 31,9% de su población (Municipalidad Provincial de Paruro, 2020).

Por su parte, la pobreza medida desde un punto de vista multidimensional, expresado en el Índice de Desarrollo Humano (IDH), basado en la propuesta del Desarrollo Humano, que trasciende el indicador monetario, encuentra a la provincia de Paruro con un IDH de 0,2118 el cual es un valor menor a 0,4434 asociado a la provincia del Cusco.

Tabla 6

Criterios multidimensionales de pobreza e Índice de Desarrollo Humano de la provincia de Paruro

	Población		IDH		Esperanza de vida al nacer		Con educación secundaria completa		Ingreso familiar per cápita	
	Habitantes	Ranks	IDH	Ranks	años	Rank	%	Ranks	N.S. mes	Rank
Paruro	3,205	1021	0.3593	1059	59.60	1758	6.35	795	520.3	935
Accha	3,028	1043	0.2631	1603	52.99	1837	4.39	1515	326.8	1401

Ccapi	3,07 9	1040	0.2 277	1732	61.47	1721	3.35	1785	266.0	1555
Colcha	963	1593	0.2 270	1735	59.42	1761	4.56	1446	196.3	1747
Huanoquite	4,86 7	795	0.1 545	1862	61.44	1722	3.25	1801	108.9	1853
Omacha	5,44 3	735	0.1 772	1840	60.20	1746	3.15	1816	156.6	1810
Paccaritambo	2,03 2	1262	0.2 954	1427	57.81	1788	3.56	1750	446.8	1106
Pillpinto	1,02 6	1562	0.3 098	1350	65.18	1612	5.32	1136	393.7	1225
Yaurisque	1,92 4	1291	0.2 437	1677	58.52	1777	4.20	1579	242.7	1615

Fuente: United Nations Development Programme (2017)

2.6.3. Salud

2.6.3.1. Enfermedades de mayor afectación

A. Tuberculosis

Paruro, se encuentra entre las provincias con menor tasa de incidencia. A nivel regional, la incidencia de tuberculosis ha presentado una tendencia decreciente. En el año 2020, se reporta 21,4 casos por cada 100000 habitantes (GERESA Cusco, 2024).

B. Neumonía

Para el año 2024, la neumonía en la provincia de Paruro ha alcanzado 15 casos y generado dos defunciones. La provincia presenta una incidencia acumulada de 36,68 con una tasa de letalidad de 13,33 que son valores regulares en comparación con la tasa más alta evidenciada en la provincia de Paucartambo con una incidencia acumulada de 70,75 y una letalidad de 39,39 (GERESA Cusco, 2024).

C. Enfermedades diarreicas agudas acuosas (EDAA)

Estas constituyen un severo problema médico que afecta a todos los grupos de edad. La tendencia en la región del Cusco, ha ido en incremento desde el año 2023 contabilizándose 26 512 casos. Sin embargo, la provincia de Paruro las EDAA han tenido una tendencia al retroceso. En el año 2023, se habían identificado 154 casos y para el año 2024 se identifica 131 casos, lo que significa una reducción del -14,94%. Así, Paruro se encuentra con una baja incidencia de esta enfermedad (GERESA Cusco, 2024).

D. Hepatitis B

La provincia de Paruro presenta una reincidencia importante de este tipo de Hepatitis. La importancia de esta patología es que cursa de forma silenciosa y muchas personas las suelen tener sin darse cuenta. Esta enfermedad produce cirrosis, cáncer hepático y una elevada tasa de mortalidad. En el año 2022, en Paruro se había detectado una incidencia de 7,60, la cual se

dispararía para el 2023 con 19,40 y para el 2024, la incidencia se redujo a 11,30 (GERESA Cusco, 2024).

E. Cáncer

El cáncer es una de las enfermedades más letales que sin un correcto diagnóstico y tratamiento temprano puede ser potencialmente mortal. El conteo de casos de tumores malignos en usuarios de la provincia de Paruro al año 2023 se han consolidado en nueve casos. Esto posiciona a Paruro con una frecuencia regular de casos de cáncer confirmados, representando el 2,0% de casos a nivel de la región del Cusco. Teniendo la capital de la región la mayor cantidad de usuarios con cáncer un 44,1% (Hospital Regional del Cusco, 2023).

F. Diabetes

En el año 2022, en la provincia de Paruro se han identificado cinco nuevos casos de diabetes. A pesar de su baja frecuencia, es necesario tener presente este indicador, ya que los usuarios con esta enfermedad requieren de tratamiento y vigilancia constante debido a la peligrosidad y cronicidad de este padecimiento (Hospital Regional del Cusco, 2023).

2.7. El Centro de Salud del Distrito de Paruro “Santa Gema Galgani”

Se trata de un establecimiento de categoría I-4, que pertenece a la red de servicios de salud Cusco Sur. Se encuentra catalogado dentro del tipo de establecimiento de salud con internamiento. Ubicado en la Calle Alfonso Ugarte s/n en el distrito de Paruro (SUSALUD, 2015).

El centro inicia sus actividades el 15 de enero de 1972 y viene funcionando hasta la fecha. El 26 de diciembre del año 2000, el Centro de Salud del distrito de Paruro es creado oficialmente según la resolución 013-00-DG/DPPD. El 5 de diciembre de 2017, durante la gestión del alcalde Zenón Zárate Durand se destina un área de 4733 metros cuadrados en el barrio de Huatacalla para la instalación de lo que es actualmente el Centro de Salud “Santa Gema Galgani” (SUSALUD, 2015).

Según la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD) (2015), el Centro de Salud “Santa Gema Galgani” ofrece los siguientes servicios en concordancia con la categoría I-4. Dichos servicios, según SUSALUD, se encuentran activos en su funcionamiento. Sin embargo, en esta investigación hemos dado cuenta de que muchos de ellos no se encuentran activos lo que ha despertado quejas en los usuarios.

Tabla 7*Servicios que ofrece el Centro de Salud del distrito de Paruro*

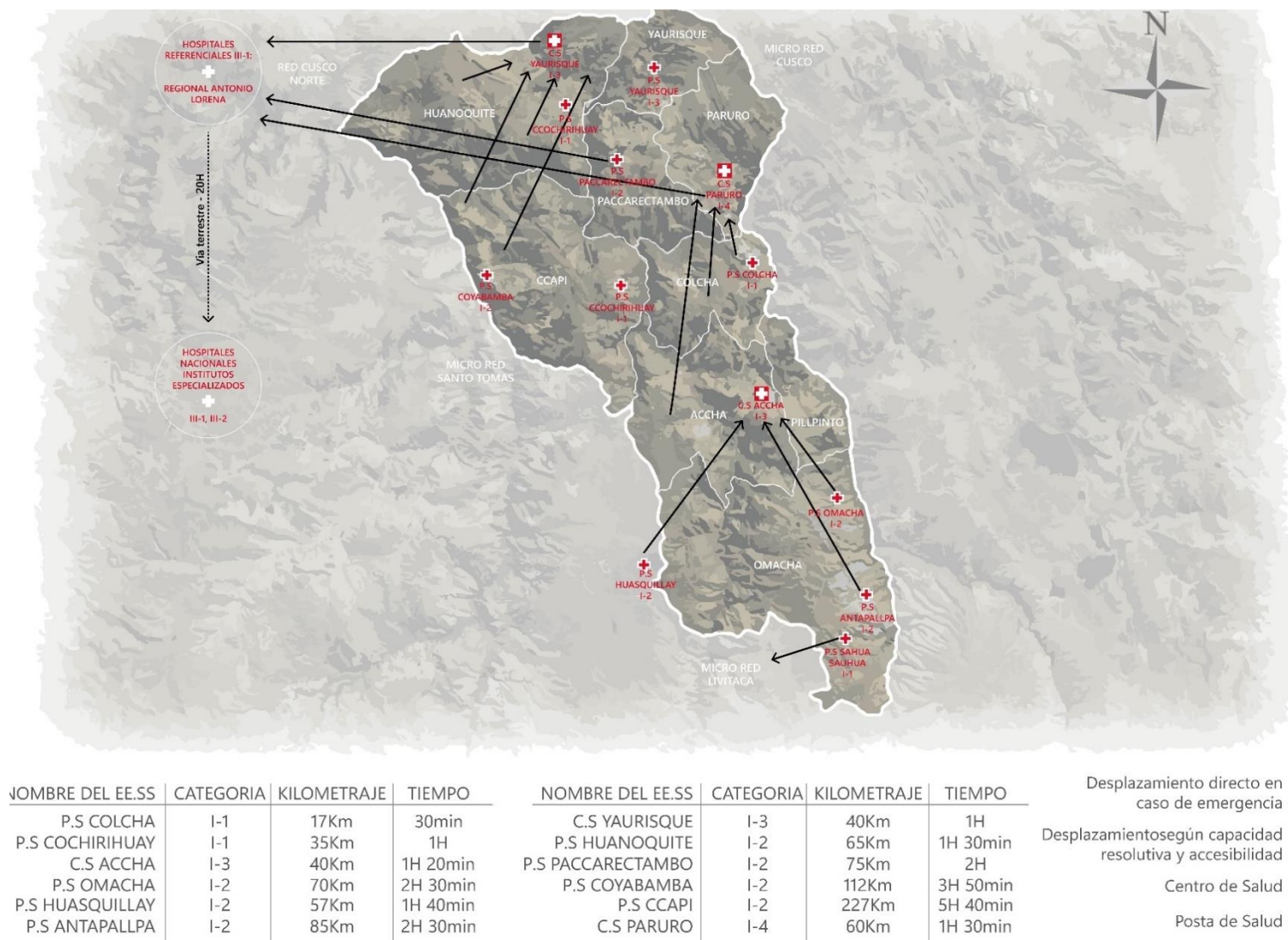
Servicio	Estado
Diagnóstico por imágenes -ultrasonido/ ecografía-	Activo
Farmacia	Activo
Patología clínica (laboratorio clínico)	Activo
Patología clínica (laboratorio clínico)-bioquímica y urianálisis-	Activo
Patología clínica (laboratorio clínico)-hematología -	Activo
Patología clínica (laboratorio clínico)-inmunología -	Activo
Patología clínica (laboratorio clínico)-microbiología y parasitología-	Activo
Consulta externa	Activo
Consulta externa-obstetricia / atención de la mujer-obstetricia	Activo
Consulta externa-obstetricia / atención de la mujer-psicoprofilaxis obstétrica	Activo
Consulta externa-odontología general-	Activo
Consulta externa-medicina general / atención del adulto-	Activo
Estrategias sanitarias nacionales	Activo

Fuente: SUSALUD (2015)

El Centro de Salud, realiza referencias al Hospital Regional del Cusco y al Hospital Antonio Lorena, todos de categoría 1-III, en donde se brinda atención médica secundaria, que incluyen servicios especializados de Ginecología, Pediatría, Gastroenterología, Cirugía General, entre otros varios; y, terciaria, cuya principal característica es que se ofrecen subespecialidades de las anteriores mencionadas y la realización de procedimientos quirúrgicos complejos (Plataforma digital única del Estado Peruano, 2023b; Vignolo et al., 2011).

Figura 4

Mapa de referencias y relaciones entre establecimientos de salud de la provincia de Paruro



Fuente: Mapa reelaborado a partir del modelo y los datos de la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD) (2015)

En el mapa anterior, se pueden apreciar los distintos establecimientos de salud de diferente nivel encargados de brindar atención médica primaria. Se especifican la distancia geográfica con relación a los Hospitales de la provincia de Cusco de mayor categoría. Además, se puede notar que el Centro de Salud del distrito Paruro es un eje a donde se derivan emergencias desde distritos como Accha y Colcha.

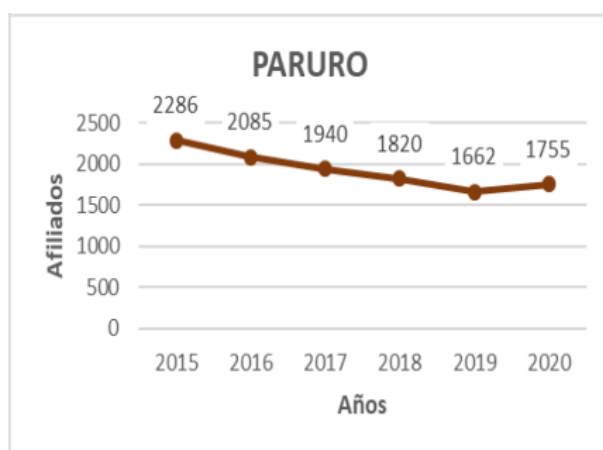
2.8. Acceso a servicios de salud

2.8.1. Población afiliada al Seguro Integral de Salud (SIS)

A nivel del departamento del Cusco, la tendencia de asegurados al SIS se mantiene creciente para el año 2020. La población que tiene menos de 5 años presenta una tendencia decreciente en el aseguramiento de salud en la provincia de Paruro con 1755 niños asegurados para el año 2020, según precisa la Dirección Regional de Salud (DIRESA):

Figura 5

Población menor de cinco años afiliada al SIS

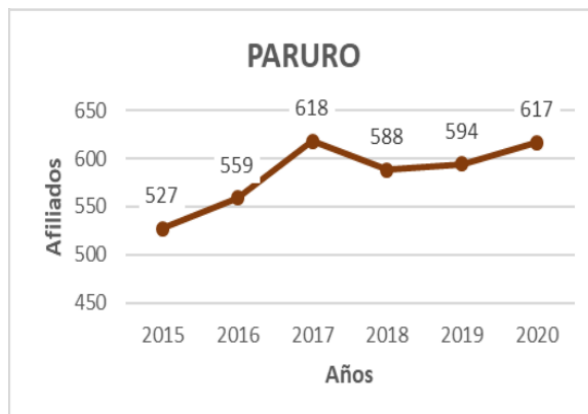


Fuente: Dirección Regional de Salud Cusco (2021)

Por otra parte, la población de mujeres gestantes aseguradas, al año 2020 asciende a la cifra de 617 mujeres. Este indicador es fundamental pues permite valorar la atención a la gestante en los establecimientos de salud de la provincia de Paruro. En este caso, la tendencia es de recuperación pues en los años 2018 y 2019 se había reducido sustancialmente la cantidad de gestantes aseguradas:

Figura 6

Población de mujeres gestantes aseguradas en la provincia de Paruro



Fuente: Dirección Regional de Salud Cusco (2021)

Es necesario precisar que la cifra de partos institucionales en el distrito de Paruro, presenta un alto porcentaje. Según la DIRESA Cusco, el 95% de las mujeres gestantes ha tenido labor de parto en un establecimiento de salud. A pesar de ello, junto a Quispicanchi, Paruro se encuentra con los valores más bajos de parto institucional (DIRESA Cusco, 2021).

Tabla 8

Porcentaje de partos institucionales en la provincia de Paruro al año 2021

Provincia	% Partos institucionales
Acomayo	97
Anta	99
Calca	100
Canas	99
Canchis	99
Chumbivilcas	99
Cusco	100
Espinar	99
La Convención	99
Paruro	95
Paucartambo	99
Quispicanchi	95
Urubamba	100

Fuente: Dirección Regional de Salud Cusco (2021)

2.9. Idioma y autoidentificación étnica

En base los datos del Censo realizado en el año 2017 por Instituto Nacional de Estadística e Informática, hemos podido realizar las siguientes tablas referidas al uso del idioma quechua y a la autoidentificación étnica. A grandes rasgos, la población parureña posee una mayoría significativa de quechua hablantes y la composición étnica está marcada fundamentalmente por una autoidentificación quechua.

Tabla 9

Cantidad y porcentaje de la población quechua hablante en la provincia de Paruro

Distrito	Quechua	%	Aimara	Castellano	%	No sabe/ no responde	Total
Paruro	2383	77,57	8	524	17,06	155	3072
Accha	2727	93,74	2	175	6,02	2	2909
Ccapi	2838	95,17	3	63	2,11	74	2982
Colcha	902	96,68	1	30	3,22	-	933
Huanoquite	4335	93,61	4	279	6,02	-	4631
Omacha	4769	92,73	-	223	4,34	150	5143
Paccaritambo	1701	86,21	3	114	5,78	150	1973
Pillpinto	923	92,39	1	73	7,31	1	999
Yaurisque	1636	89,30	-	192	10,48	-	1832
Total	22 214	90,77	22	1673	6,84	532	24 474

Fuente: Tabla elaborada a partir de los datos del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) (2017)

En la tabla anterior se describe el idioma o la lengua con la que una persona aprendió a hablar, vale decir, el idioma materno, Se puede observar una gran mayoría de quechua hablantes en la provincia de Paruro. En toda la provincia se ha podido contabilizar un total de 22 214 personas que hablan quechua lo que representa el 90,77% de la población total. En comparación a estas cifras, las personas con el castellano como idioma materno representan un total de 1673 personas siendo solamente el 6,84% de la población.

El distrito de Paruro, cuenta con 2383 personas cuya lengua materna es el quechua, cifra que representa el 77,57% de la población siendo una mayoría significativa en este distrito. Por su parte, las personas con el castellano como idioma materno son un total de aproximado de 524 representado el 17,06%.

Los distritos de mayor cantidad de quechua hablantes son Omacha y Huanoquite con 4769 y 4335 respectivamente. En estos distritos la mayoría es mucho más notoria, pues representan a un 92,73% y 93,61% de la población. Por su parte, los distritos de Colcha y Pillpinto, son en donde existen menor cantidad de personas quechua hablantes

con 902 y 903 personas; sin embargo, siguen representando un porcentaje significativo en comparación con la cantidad de personas cuya lengua materna es el castellano

En el caso de la autoidentificación étnica el panorama es similar al de la lengua materna, en este caso existe una mayoría quechua, frente a blancos o mestizos.

Tabla 10

Autoidentificación étnica en la provincia de Paruro

Distrito	Quechua	%	Nativo o indígena de la Amazonía	Parte de otro pueblo indígena u originario	Blanco	Mestizo	Otro	No sabe / No responde	Total
Accha	2262	11,22	-	14	6	98	-	3	2385
Ccapi	2309	11,45	-	10	-	16	1	75	2413
Colcha	798	3,96	1	2	-	1	-	3	807
Huanoquite	3235	16,05	1	1	6	522	1	5	3776
Omacha	3661	18,16	141	7	7	56	2	158	4034
Paccaritambo	1530	7,59	-	-	-	35	-	177	1746
Paruro	2277	11,29	-	-	12	105	13	169	2582
Pillpinto	783	5,77	1	-	26	88	-	-	899
Yaurisque	1164		-	-	143	207	1	2	1518
Total Provincia de Paruro	18019	89,38	144	34	200	1128	18	592	20160

Fuente: tabla elaborada a partir de los datos del Instituto Nacional de Estadística e

Informática (2017)

En la tabla anterior, se puede apreciar una mayoría importante de población autoidentificada como quechua representando en total al 89,38% de la población del distrito de Paruro. Los distritos de Omacha y Huanoquite, al igual que en el caso del idioma, tienen la mayor cantidad de personas quechuas, con 3661 y 3235 respectivamente lo que representa al 18,6% y 16,05% de la población de esos distritos. La diferencia entre la mayoría quechua, con otros ítems de autoidentificación como blanco o mestizo es significativa, lo que nos ofrece un acercamiento a la situación identitaria y lingüística de la provincia de Paruro y sus distritos.

2.10. Aspectos económicos

2.10.1. Agricultura

La agricultura es la principal actividad económica del distrito de Paruro, se caracteriza por ser de riego seco, encontrándose determinado a los cambios climáticos y la organización en torno a la actividad agrícola. Además, hace uso de la tecnología tradicional, así como la utilización de mano de obra familiar, no se evidencia utilización

de maquinaria pesada para la agricultura debido al terreno accidentado (GORE Cusco, 2019).

Los terrenos trabajados para las actividades agrícolas parten de un tipo de organización denominado “muyuy”, que implica la rotación de tierras por períodos, para después dejarla descansar y de esta manera recupere sus nutrientes (GORE Cusco, 2019).

La población campesina de la provincia de Paruro cosecha lo suficiente para su consumo, pero, además el excedente es utilizado para el comercio. Los productos agrícolas principales son: la papa, la cual es el principal producto de la provincia, luego sigue el maíz, la cebada, el trigo, haba, frijol, garbanzo (GORE Cusco, 2019).

La tecnología dominante es la denominada ancestral. El destino de la producción agrícola es para el consumo familiar y mercantil, en una menor cantidad para el trueque. De primera mano, el campesino tiene que asegurar su semilla, es por ello, que se selecciona buscando garantizar su calidad, forma y tamaño, para posteriormente ser almacenada hasta posteriores campañas de siembra. Además, se hace uso de la chaquitacla, la yunta y un escaso empleo de pesticidas agroquímicos. Se puede apreciar aún en gran parte el trabajo colectivo basado en el principio del “ayni” que consiste en la ayuda interfamiliar en diferentes labores (GORE Cusco, 2019).

2.10.2. Ganadería

Esta es una actividad complementaria a la agrícola, pues, para la alimentación del ganado se utilizan tanto pastos naturales como los restos vegetales de las cosechas. Los principales animales de crianza, son el ganado ovino y vacuno, siendo los primeros los más numerosos en la provincia (GORE Cusco, 2019).

En zonas altas de la provincia se crían camélidos como llamas y alpacas, los cuales representan un recurso financiero importante para las comunidades que los crían. Estos animales son criados siguiendo un patrón cultural tradicional. La lana o fibra de dichos animales es vendida para la producción de prendas de vestir de gran calidad (GORE Cusco, 2019).

La crianza de animales menores se caracteriza por ser destinada al consumo doméstico fundamentalmente. A excepción del cuy, cuya crianza se posiciona cada vez más a gran escala en la provincia de Paruro. Gracias al apoyo de ONG's las cuales promocionan la venta de este animal en mercados de la ciudad del Cusco. Además, se crían gallina, conejos, pavos y patos (GORE Cusco, 2019).

CAPÍTULO III

LAS DINÁMICAS EN LA INTERRELACIÓN ENTRE EL PERSONAL DE SALUD Y LOS USUARIOS Y LAS COMPETENCIAS COMUNICATIVAS INTERCULTURALES

Las competencias interculturales, desde la revisión realizada por Urrutia et al. (2021), son aquellas capacidades, habilidades y actitudes que poseen el personal de salud para ofrecer un servicio culturalmente pertinente y lograr de manera suficiente los objetivos de comunicación en la interacción con el usuario del servicio de salud. A ello se le debe agregar la manera de pensar interculturalmente para poder actuar en un contexto intercultural.

Con relación a lo anterior, Dionisio et al. (2014) establecen en el Documento Técnico para el Diálogo Intercultural en Salud¹⁵ que el diálogo—en ámbitos en donde se ofrece servicios de salud—, debe considerar el respeto, una amplitud en la manera de pensar y una actitud para aprender. Esto con la finalidad de alcanzar un entendimiento y comprensión mutua.

Consideramos que lo anterior es un primer paso, si bien fundamental, no suficiente para una relación intercultural positiva (Albó, 1999). Por ello, a esto le agregamos la perspectiva crítica de la noción de interculturalidad que considera las desigualdades históricamente persistentes que han afectado y siguen afectando a poblaciones indígenas en muchos ámbitos de la vida social, cultural, económica y política. Así las competencias interculturales que tratamos a continuación se basan en dichas perspectivas por lo que incluimos la descripción de los problemas relacionados a la dimensión comunicativa y al conocimiento de las desigualdades e injusticias en el marco de la interrelación en un contexto intercultural de hecho.

Así, entendemos a la interculturalidad, como el encuentro y la interacción de culturas, asumiendo que este evento no se trata de algo nuevo o reciente, sino que forma parte de la cotidianidad histórica de las poblaciones humanas (Albó, 1999). Así, según menciona Rizo (2013), la categoría de interculturalidad, parte de la base de que las culturas de diferentes regiones del mundo, no se encuentran separadas unas de otras, ni tampoco se han producido por generación espontánea. Sino que, en su devenir histórico

¹⁵ Documento del Ministerio de Salud (MINSA)

social, manifiestan la tendencia de articular y compartir espacios y lugares, a partir de los cuales establecen diversas relaciones con otras sociedades y culturas.

Nuestra investigación busca dar cuenta de las interacciones realizadas en esos espacios, en donde, de manera inevitable se encuentran saberes y perspectivas diferentes que convergen en la dimensión de la salud y el tratamiento de la enfermedad. Según el portal EstablecimientoDeSalud.info, del MINSA, el Centro de Salud del distrito de Paruro “Santa Gema Galgani”, es un espacio institucional estatal de nivel I-4 en donde se ofrecen servicios de atención médica y otros servicios complementarios como por ejemplo farmacia o laboratorio (MINSA, s.f.).

Según el portal web oficial del estado peruano, el nivel o categoría del Centro de Salud de Paruro, implica que, en este, existen diferentes especialidades médicas y camas de hospitalización. Además, se deben contar con servicios de diagnóstico de cáncer, ecografía, radiología, intervenciones de cirugía, internamiento, atención en período de parto (Plataforma digital única del Estado Peruano, 2024). Sin embargo, en el lugar podemos observar, si bien, existe la infraestructura y los espacios para los servicios, como por ejemplo radiología, estos se encuentran abandonados y sin su debida utilización ni mantenimiento.

En el marco de la atención médica primaria¹⁶, también denominada atención primaria de la salud, los servicios ofrecidos en el Centro de Salud, son una de las primeras alternativas que tienen los usuarios para atender sus dolencias y enfermedades más frecuentes, pero también son un nivel de auxilio primario en caso de accidentes o situaciones graves de emergencia en donde peligra la vida de cualquier persona. Los usuarios recurren a este espacio buscando aliviar sus dolencias o realizarse vacunas para prevenir enfermedades —la prevención es una de las funciones fundamentales de la atención médica primaria— accediendo a un modelo médico hegemónico caracterizado por una eficacia práctica ofreciendo solución a sus problemas de salud de manera más o menos rápida. Sin embargo, esto ocurre en situaciones específicas, como se podrá ver más adelante —en el apartado de relaciones de poder—, ya que, en otros casos, se evita el espacio y se prefiere utilizar la medicina tradicional.

¹⁶ El servicio de atención médica primaria se encuentra enfocado sobre todo en postas médicas y Centros de Salud, se trata del primer nivel de atención. Cuando se deriva a un hospital de mayor envergadura como el Hospital Regional o el Hospital Antonio Lorena, se trata de atención secundarias o terciarias

Es necesario mencionar que, el aparato estatal peruano, a partir de las Direcciones Regionales de Salud (DIRESA) son los encargados de administrar y disponer los servicios de salud que se ofrecen en el Centro de Salud del distrito de Paruro. El MINSA establece los protocolos de atención que debe seguir el personal, los cuales sirven como guía desde la perspectiva normativa y establecen límites a la práctica médica. Asimismo, estos organismos, son responsables de supervisar los insumos y suministros necesarios para el correcto y eficaz funcionamiento de los establecimientos de salud (Decreto Supremo Que Aprueba El Reglamento de Organización y Funciones Del Ministerio de Salud, 2016). Ambos organismos entonces, tienen como finalidad la promoción de las atenciones institucionales en los establecimientos oficiales de salud pública. De esta manera, la interrelación entre el personal de salud, se encuentra influenciada en un nivel macro por las disposiciones del MINSA y por las gestiones de la DIRESA. A pesar de que se ha considerado la implementación del enfoque intercultural, en diversas instancias, este ha sido entendido e implementado de diferentes maneras por el personal de salud.

Así, producto de la diversidad propia del contexto andino parureño, las interacciones entre el personal de salud y los usuarios son complejas, presentándose una serie de encuentros y desencuentros. Por lo tanto, las dinámicas que se han podido identificar en estos presentan matices variados e importantes para su descripción y comprensión.

3.1. Consideraciones iniciales: apreciaciones de la diversidad cultural desde el personal de salud

La apreciación de la diversidad cultural, así como del escenario intercultural en el que se desenvuelven los trabajadores de salud y los usuarios, tiene que ver con la sensibilidad y la actitud frente a las diferencias culturales. En este caso, dicha sensibilidad, es variada y posee inflexiones diferentes resultado de la interacción con las particularidades culturales del paciente, las cuales, se manifiestan en una serie de dimensiones, entre las que se encuentran el uso de medicina tradicional y de tratamientos denominados naturales los que a su vez difieren de la biomedicina.

En tal sentido, la categoría “apreciación de la diversidad”, con la que hemos identificado una serie de enunciados durante el análisis de datos, representa una valoración de la diferencia, la cual, tiene que ver con las opiniones que se construyen en torno a la apreciación del “otro” lo que a su vez se manifiesta en conductas y actitudes varias. Además, la apreciación se orienta a determinar si estas diferencias inherentes al

contexto intercultural, constituyen un obstáculo para las interacciones con los usuarios del servicio de atención médica primaria.

Una de las dimensiones surgidas a partir del diálogo con el personal de salud, es el conocimiento del ámbito en el que se encuentran, es decir, de sus elementos y manifestaciones diversas, presentadas en diferentes planos. Por ejemplo, el personal de salud, menciona un conocimiento de la dimensión simbólica:

“Claro, conozco el mundo andino claro sí conozco, de acuerdo a los símbolos a los logos que presentan todo”. (Médico ICR, 2023)

La médico afirma conocer el mundo andino, desde su dimensión simbólica; se refiere a “logos”¹⁷, en este caso como sinónimo de símbolos. Este aspecto es importante debido a que el personal de salud posee una trayectoria importante en contextos interculturales similares a Paruro. La médico ICR, por ejemplo, es natural de la ciudad del Cusco y ha realizado su formación profesional en la Universidad Andina del Cusco y en una universidad boliviana. Su trayectoria la ha llevado a trabajar en diferentes contextos rurales y urbanos, por lo que ha podido conocer una variedad de expresiones culturales pertenecientes al mundo andino ¿Pero a qué símbolos se refiere la médico? El tema de los símbolos andinos surgió cuando, durante el diálogo, se mencionó el tema de la cultura andina y sus expresiones. La médico, en este caso, asoció de inmediato esta dimensión con los elementos visuales, aquellos que se pueden observar y que están presentes, por ejemplo, en la vestimenta y los sombreros de sus pacientes, no solo de Paruro, sino también de otros contextos en los que había trabajado.

Otro caso que sigue la pauta anterior, es la del médico HH, quien hace referencia a elementos culturales que resultan mucho más tangibles y perceptibles como la vestimenta, nos menciona:

El caso de la vestimenta ¿no?, no es como en Ollantaytambo, o en el lado de Lares por ese lado, que tienen como un uniforme, ponchito rojo; no aquí, visten con lo que tienen, tal vez modesto, pero con lo que tienen, ¿no? (Médico HH, 2023)

El médico realiza una apreciación sobre la vestimenta de los usuarios, partiendo de una comparación con otro contexto de diversidad como es Ollantaytambo, lugar donde

¹⁷ La médico entrevista ha utilizado la categoría “logos” en lugar de “símbolos” por una sustitución involuntaria que surgió ante la dificultad de recordar del momento para recordar otra palabra equivalente.

ha laborado con anterioridad. Un aspecto en el que debemos detenernos es el hecho de que considera como “uniforme” al poncho rojo. Este elemento, desde su experiencia, ha caracterizado a sus pacientes del distrito de Ollantaytambo y los diferencia de sus pacientes en Paruro, es decir es un marcador cultural distintivo. Además, es importante destacar la idea de “modesto”, la cual se entiende como un aspecto relacionado muchas veces a la pobreza característica de una importante cantidad de los usuarios. Se trata de un acercamiento superficial a las condiciones socioeconómicas de la población parureña y las relaciona con las características culturales. Este es uno de los primeros acercamientos que el personal de salud en general ha tenido sobre el tema de desigualdad económica en contextos interculturales. Cabe precisar que, en el diálogo que sostuvimos, no hemos buscado dirigir de forma premeditada la discusión a este tema, por el contrario, buscamos la espontaneidad solamente planteando la categoría de interculturalidad como tema guía.

Entonces, a través de esta perspectiva el médico da cuenta de una categorización de sus pacientes, que son clasificados sobre la base de sus características culturales. Esto no implica una posición negativa, sino que, da cuenta del entendimiento de la diferencia cultural, hecho característico del contexto intercultural en el que labora. Según consideran Tubino y Flores (2020), la categorización no tiene una carga buena ni mala, es una manera en la que los seres humanos ordenan el mundo y la realidad que habitan. El problema aparece cuando, en uno de los polos de categorización, sobre todo si es binaria, alguna de las categorías va cargada de un estigma social. En el caso del discurso del médico, no se evidencia dicho estigma ni tampoco una tendencia a la estigmatización. Empero, no debemos olvidar que estas clasificaciones nos dan un panorama de cómo se entiende la noción de cultura, reduciéndola en todo caso a elementos materiales. Este tipo de comprensión se repite de forma más o menos general en los discursos del personal de salud.

En consecuencia, apreciamos una noción estática de la cultura pues se tiene a reducirla a elementos tangibles y visibles, como símbolos, la vestimenta y otras manifestaciones externas. Tanto la médico ICR, como el médico HH, asocian a la cultura andina a aspectos simbólicos materiales estereotipados, sin reconocer además que la cultura es un proceso dinámico y en constante evolución. Al limitar la comprensión de la cultura a estos elementos fijos y estereotipados, se pierde de vista la complejidad y la manera que los individuos se interrelacionan y así reinterpretan y transforman su cultura en base a sus experiencias y contextos.

A partir de esta idea, surge también la diferenciación entre medicina tradicional y biomedicina:

En la medicina tradicional prácticamente está abocado, a la medicina natural, los medicamentos naturales como las plantas las hierbas todo eso, la biomedicina es el tratamiento que se le da al paciente aquí en el centro de salud. (Médico ICR, 2023)

Bueno la medicina tradicional, a veces ¿no?, por ejemplo en la población de aquí de Paruro, algunos todavía ¿no?, las personas más antiguas todavía usan, cuando tienen un dolor de estómago o dolor de cabeza o por ejemplo les duele las articulaciones, lo que hacen es emplear algunas hierbitas que tienen en el campo, la huerta, por ejemplo dicen, ¿no? me duele el estómago, ¿qué has tomado?, he tomado un matecito de manzanilla, he tomado mate de muña entonces de alguna y otra manera les alivia su dolor, entonces es respetable ¿no? se respeta entonces no vamos a empezar a criticar o a decirles ¿por qué has tomado?, así que es parte todavía de su tradición o cultura que existe todavía, se les respeta en ese aspecto. (Enfermera SAB, 2023).

Ambas perspectivas, reconocen a la medicina tradicional como una forma de tratamiento propia de los usuarios. En el primer caso, el uso del término natural hace referencia a la medicina tradicional, se asocian ambas categorías debido a la utilización de insumos naturales; esta relación, marca la pauta de diferencia con la biomedicina. Además, establece una diferencia entre la “biomedicina”, refiriéndose al enfoque sobre el cual se fundamenta el modelo médico hegemónico propuesto por Menéndez (2020). Así entonces, se muestra, en el personal de salud una primera forma de clasificación de oposición dual entre biomedicina y medicina tradicional, en el sentido de que la primera, se encuentra institucionalizada en Centro de Salud y la segunda se trata de una tradición que se respeta sin integrarse necesariamente a lo institucional.

En el segundo caso, la enfermera menciona que la medicina tradicional es usada por personas de mayor edad, dando cuenta de la característica de “ancestralidad” de este tipo de tratamiento y como consecuencia se le otorga reconocimiento. Pero también se puede entender que, desde esta perspectiva, las personas más jóvenes estarían dejando de utilizar la medicina tradicional. Al igual que en el primer comentario, se hace referencia al uso de insumos naturales, es decir hierbas, por lo que esta característica es la que resalta en el entendimiento de la medicina tradicional.

Se encuentran entonces dos formas de comprender el contexto en función de categorizaciones que denotan una diferencia entre la cultura andina, entendida desde sus elementos más visuales y ancestrales y, en base a ello, la caracterización de la medicina tradicional como “natural”, evidenciando implícitamente una oposición con la biomedicina “no-natural”. Esta idea se expresa con claridad en el siguiente discurso:

¿A su medicina natural?, en la parte de acá del centro de salud no estamos abarcando la medicina natural, claro que ellos tienen sus opciones su curandero, su huesero, no les prohibimos que vayan ellos pueden ir a hacer sus consultas no hay ningún problema. (Médico PBA, 2023)

Siguiendo la propuesta de Albó (1999) y Albó (2010), podemos encontrar tanto el polo de identidad como también de alteridad. Primero, el polo de identidad se identifica en el discurso anterior en oposición al de la alteridad. Es decir, aquello que no es medicina natural —o, en los anteriores testimonios tradicional— es aquel tipo de medicina propio de los médicos, por extensión entonces, se ha configurado un “nosotros” relacionado a la medicina no-natural propia del Centro de Salud. Por otra parte, en el polo de la alteridad, se reconoce que existen características que hacen que los usuarios sean diferentes estableciéndose de esta manera un “otros”, una de estas es la medicina natural.

En todos los discursos se ha notado la noción de respeto y tolerancia. Este es una primera escala de interculturalidad positiva, según la propuesta de Albó (1999), pero no termina siendo suficiente en la perspectiva de este autor. A pesar de ello, debemos mencionar que el paso de actitud intercultural positiva a negativa se da de forma cotidiana y en momentos varios. Veremos más adelante actitudes interculturales negativas y de nuevo positivas, este paso es constante y en ocasiones es poco probable que los actores sociales sean conscientes de este. Por ello, no es posible identificar a la interrelación entre el personal de salud y los usuarios con una sola categoría constante. Lo constante en este caso es la negociación y el continuo tránsito entre actitudes positivas y negativas, cada una con sus respectivos matices.

3.1.1. El entendimiento del contexto intercultural y sus desafíos desde el personal de salud

Existe una manera “oficial” de entender el contexto intercultural que es expresado por las instituciones estatales de diverso tipo. Estas formas de entender suelen estar plasmadas en una variedad de políticas públicas y planes enfocados en la salud intercultural que presentan una narrativa específica sobre interculturalidad. En última instancia, esta narrativa estatal es también un modo de relación entre el Estado y la

ciudadanía (Correa, 2011). Sin embargo, el discurso oficial es una dimensión que Albó (1999) ubica en el nivel macrointercultural y que no suele ir en correspondencia con el nivel microintercultural.

Y es que, los actores sociales en el campo de acción en los que laboran y se desenvuelven, han desarrollado diferentes formas de entender el contexto sin considerar necesariamente el discurso oficial estatal. Dicha comprensión surge entonces de la interrelación diaria y cotidiana con personas que pueden o no formar parte del grupo de identidad próximo, pero que generan una influencia importante en el actor social¹⁸.

Si bien, como hemos mencionado en el apartado anterior, se consolida una identidad y una alteridad en el personal de salud —en base a marcadores específicos relacionados a la noción de cultura y a la medicina tradicional—, veremos también, en este acápite que existen casos dentro del mismo grupo de trabajadores de la salud en el que la identidad es compartida¹⁹ con la comunidad y otros en los que la diferencia se acentúa aún más.

Tal como hemos establecido también con anterioridad, el contexto intercultural es uno de tipo complejo, en consecuencia, presenta desafíos importantes. La interrelación intercultural en la salud, en sí misma, es un desafío complicado que es abordado de forma cotidiana. De esta manera, ambas categorías: “entendimiento del contexto intercultural” y “desafíos encontrados” aparecen generalmente juntas. Al momento de conversar con la médico ICR nos ha comentado una situación que ejemplifica de forma clara esta idea:

... si hay personas de recursos muy bajos que realmente necesitan apoyo y que se les entienda lo que realmente tienen. Porque, en la ciudad pueden presentarse una serie de enfermedades muy diferentes a lo que ocurre en el campo, en el campo, se presentan otras enfermedades que ellos mismos se provocan, por ejemplo, lumbalgias, esas cosas, ostealgias, artrosis, anemias, en cambio en las ciudades, otro contexto, en donde esas enfermedades casi no son atribuidas por quien no realizan el esfuerzo que en el campo hacen (Médico ICR, 2023).

La médico compartió su experiencia cuando le preguntamos si las características de la atención en este lugar se diferencian de otros contextos en los que ha trabajado. A

¹⁸ Es decir, la familia, la comunidad, el equipo de trabajo, etc.

¹⁹ Debemos precisar en este caso, siguiendo a Restrepo (2020) que la identidad es una categoría multidimensional y circunstancial, por lo que no podemos pretender establecer una concepción total de la identidad de nuestros interlocutores. Nuestro esfuerzo es un acercamiento a dimensiones específicas que aparecen en relación a otro actor social.

través de sus palabras, podemos notar tanto una caracterización de sus pacientes y, los desafíos y problemáticas particulares que este entorno presenta.

En concordancia con lo mencionado por Menéndez (2016) y Ansión y Zuñiga (1997), podemos establecer que, así como la interculturalidad es un contacto e interacción entre culturas, también, es un proceso permanente cargada de desigualdades socio-económicas. Consistente con ello, en el testimonio de la médico se reconoce este elemento, es decir, una consciencia sobre la situación económica desigual de los usuarios a los que ha podido asistir. Sin embargo, a pesar de que esto es importante, aún no se han identificado los aspectos estructurales sobre los que se basan y reproducen estas desigualdades.

Ahora bien, el entendimiento del contexto intercultural presenta, en este caso, la consideración de categorías clasificatorias. Esto se realiza en el intento de poder entender la diferencia y actuar sobre ella. Por eso se puede notar que la médico ensaya una aproximación a ordenar las enfermedades en base a la dicotomía entre campo y ciudad, es decir, se entiende que, en la ciudad no se hace el mismo esfuerzo en el trabajo como aquel que se hace en el campo, vale decir en la chacra, por eso surgen enfermedades particulares. Si bien, se podría decir que su intento clasificatorio se basa en estereotipos, resulta interesante que dicha división implica también una preocupación por el usuario, lo que se puede notar en la idea de “entender” a los usuarios del campo.

Junto a la idea de “entender” al usuario aparece también la categoría de apoyo, en este caso, esta idea, se basa en las circunstancias de los usuarios, donde la desventaja económica es vista como la causa de patologías específicas. A partir de esta particularidad, se genera una noción de alteridad, entendida como la percepción del “otro” en una situación de desventaja. Esta idea se presenta con claridad en el siguiente discurso:

Son la artrosis, la osteoporosis, anemias, hay lumbalgias, por el mismo esfuerzo que hacen en las chacras ¿no? hay también pacientes con desnutrición más que todo eso se atribuye al trabajo que realizan, las lumbalgias el trabajo en la chacra, a veces (...). Y, a veces la mala alimentación por el déficit de recursos económicos que ellos tienen también, la desnutrición, la anemia, más que todo eso y la parasitosis también en un 50%. (Médico ICR, 2023)

Cuando hablamos con la médico, siguiendo la línea de lo que dijo anteriormente, surgió durante la conversación el intento de identificar las enfermedades más comunes que había tratado en el Centro de Salud. El diálogo, en este caso, tomaba como referente principal a las personas que se dedican o se dedicaron a la agricultura y que viven en

comunidades campesinas. Como ya habíamos notado, se identificaron las enfermedades más comunes, pero, en este caso, la explicación de la causa específica de estas aparece con mayor claridad: la falta de recursos económicos y las características del trabajo.

La percepción de la médico resulta muy pertinente pues, la desnutrición y la anemia es tristemente frecuente en la población parureña, según la Plataforma Digital Única del Estado Peruano (2023a), la provincia de Paruro presenta una de las cifras más altas de desnutrición y anemia en la región Cusco con 48,5%. Por otra parte, según el mapa de pobreza del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) (2009), solamente el distrito parureño de Omacha había registrado, al 2009, un 97,8%, de pobreza y un 82,9% de pobreza extrema, la situación no pareció mejorar para el año 2018, pues la pobreza solo se redujo al 75,7% (INEI, 2020). Debemos recalcar que, nos estamos refiriendo únicamente al indicador de pobreza monetaria, de manera que, la pobreza multidimensional, en términos absolutos, podría ser potencialmente aún mayor.

La percepción de la médico revela entonces un acercamiento a una de estas dimensiones, pues desde su punto de vista la prevalencia de enfermedades —la salud es una dimensión importante en la medición de la pobreza multidimensional— es una problemática importante en los usuarios de Paruro y desde la óptica de la médico esta situación estaría causada por la pobreza monetaria. Hemos podido apreciar entonces un discurso con una fuerte referencia a las desigualdades sociales y su implicancia en la salud. Además, debemos añadir, también dentro del grupo del personal de salud, perspectivas relacionadas de manera específicas a las diferencias en los tratamientos a ciertas enfermedades en el marco de una interculturalidad de hecho:

Claro porque yo he trabajado en ciudad antes de venir acá y obviamente que sí hay una diferencia. Aquí, tal vez, no son muy cuidadosos ni nada en su salud oral ni de su salud en general. Acá, por ejemplo, son más tolerantes al dolor no como en la ciudad qué tiene una caries y le duele y le duele bastante; en cambio acá, son más tolerantes, utilizan otras cosas, otros tipos de ..., matecitos, entonces..., y también lo que picchan coca y esas cosas, tal vez le sirve como anestésico y ya no les duele, entonces utilizan coca para el dolor de dientes, utilizan el clavito, y si pues la alimentación es..., acá hay algunos pacientes que no tienen [caries], si no tienen, hay algunos pacientes que no tienen caries. (Médico EP, 2023)

La médico en este caso, evidencia una clasificación similar a la anterior donde se diferencia entre campo y ciudad. Sin embargo, se puede notar que, hace mención del dolor. El dolor, sobre todo el crónico, desde nuestras observaciones en el Centro de Salud,

es una de las principales motivaciones que hacen que los usuarios acudan por atención médica primaria. EP en este caso, percibe una mayor tolerancia al dolor en los usuarios, causada por remedios tradicionales, como el picchado de hojas de coca, que, al ser realizado de forma frecuente, genera a futuro un efecto anestésico.

Podemos entender, entonces en este caso, que se reconoce a las diferentes formas de tratamiento como componentes del contexto intercultural propios de los usuarios y que generan en ellos particularidades como la tolerancia al dolor. Esta tolerancia al dolor, desde la perspectiva de la médico entrevistada sería uno de los factores que hacen que el usuario no busque atención médica de forma temprana.

Por último, se relaciona nuevamente, ciertas características del usuario, como la alimentación, con la aparición de patologías específicas, en este caso, la caries. Esta idea se expresa en el siguiente discurso, y, además, se agrega el componente de la higiene:

O sea, en higiene un paciente de ciudad tal vez puede tener lo mejor [refiriéndose a objetos para la higiene dental], pero de caries por el tipo de alimentación acá pueden tener menos caries, si realmente el paciente no bebe, no es descuidado entonces sí tendría una mejor higiene [se refiere otra vez a la caries], pero también es el tema de los recursos, de la anemia, que también presenta a los niños y que incide también en los dientes, que no tienen unos dientes tan fuertes o sea son muchos factores creo que cada paciente es diferente. (Médico EP, 2023)

Se entiende entonces el contexto intercultural desde la diferencia, tanto de alimentación como la higiene. Según la médico, la diferencia que marca a los usuarios parureños, radica en primero en la alimentación y se le relaciona al tipo de alimentos que se consume.

Nuevamente aparece, la idea de que la anemia es causada por desigualdades económicas, resaltando la idea de que este es un factor que genera patologías específicas. En este caso, la debilidad de dientes en los niños, sería consecuencia de la anemia y esta, a su vez, causada por la falta de recursos económicos. Evidentemente, podemos inferir que, en última instancia, se encuentra la insuficiente nutrición condicionada por la pobreza. La recurrencia de esta idea, nos hace dar cuenta de la severa problemática, que, desde la perspectiva del personal de salud, ocurre en el distrito de Paruro.

Por otra parte, se identifica al igual que en el caso de ICR, que las características del trabajo en la chacra es un aspecto importante en entendimiento del contexto intercultural. En este caso, no se trata de la causa de enfermedades, sino de una limitante

para la asistencia médica en el Centro de Salud. EP nos relata la siguiente experiencia sobre este tema:

Mira yo te digo como que he venido a hacer mi servicio de SERUM, muchos de los pobladores no bajan, creo que a veces, el poblador piensa que se tiene que ir a ... [el Centro de Salud] y es muy difícil para ellos dejar su chacra, dejar sus cositas, por ejemplo, la otra vez yo subí y ahí me decían que el personal de salud debería subir a ellos porque ellos no pueden bajar, porque tienen muchas limitaciones, más o menos eso me han dicho, o sea, ellos quisieran que la atención de salud no sea solamente acá, sino que sean con visitas domiciliarias que se vaya y que se puede atender, por ejemplo, ellos tienen salones comunales cosas así que también se puede entender sus necesidades. (Médico EP, 2023)

Desde su percepción, la médico es consciente de las necesidades de sus pacientes. Su experiencia ha podido moldear una idea sobre cómo es la situación de los usuarios y porque estos, en ocasiones, no pueden acudir a tratarse al Centro de Salud. Las implicancias de todo ello, se manifiestan en la interrelación como tal. Es decir, la manera en cómo se percibe la diferencia con el usuario, genera identidad y alteridad, en el caso de la salud, como hemos visto, la diferencia se basa en patologías, en causas de la enfermedad y en características socioeconómicas y culturales, como el caso de los tratamientos tradicionales. Este es un hecho importante, pues la manera en cómo se ve al otro, determina tanto el lugar identitario propio, como también, la posición del otro. Por lo tanto, la interrelación, se ve influenciada por este aspecto, ya que la percepción que se tiene del usuario afecta las expectativas, a la manera del trato o la percepción sobre la función específica del personal de salud. Esto influye también en dinámicas de poder que moldean la interrelación, creando actitudes impositivas que veremos en el capítulo dedicado a las relaciones de poder.

Dicho esto, para finalizar, destacamos que la idea de las desigualdades se ha repetido en los discursos que hemos revisado. Para las médicos con las que hemos podido conversar, conocer este elemento es importante para realizar una labor adecuada:

Claro yo pienso que sí es importante, porque ahí vemos la condición en la que ellos habitan realmente, sí tienen vida en cuartos separados y vive con sus animales, sí vive toda la familia, si hay niños, adultos, gestantes, es importante conocer toda esa situación realmente para llegar a tener un paquete integral de salud, para poderles brindar un paquete integral de salud a todos. (Médico ICR, 2023)

Se nota una intención de ponderar el bienestar del paciente y se reconoce la voluntad de poder conocerlos de manera holística. Esta es una situación positiva, en el sentido de que se nota una actitud abierta por parte de nuestras interlocutoras para mejorar y poder brindar un servicio de salud completo. Si bien, el entendimiento del contexto intercultural por parte del personal de salud se basa fundamentalmente en explicaciones de tipo biológico propias del modelo médico hegemónico, no consideramos que, en estos casos sea una explicación última y única, sino que se han tomado en cuenta aspectos sociales, culturales y económicos. Por lo que la característica del biologicismo fundamentalista planteada como particularidad del modelo médico hegemónico por Menéndez (2020) evidencia en este caso matices importantes que sugieren una visión más compleja del cuidado de la salud, integrando dimensiones que van más allá de lo estrictamente biológico.

3.2. Diferentes puntos de enfoque: comunicación intercultural efectiva y el conocimiento del idioma quechua

En esta dimensión comunicativa de la interculturalidad de hecho, es donde surgen mayores divergencias, especialmente en el uso del idioma quechua y el entendimiento que se genera entre ambos actores. Los matices se reflejan en cómo cada grupo valora el uso del quechua durante la interacción con los usuarios. La perspectiva de cada grupo influye significativamente, lo que lleva a testimonios diferentes entre el personal de salud y los usuarios. Sin embargo, es importante señalar que, junto con estas divergencias, también se han identificado convergencias entre ambos grupos.

La situación se debe a que el distrito de Paruro tiene una gran mayoría de población quechua hablante, según datos del INEI, el 70,57% de la población conoce y hace uso del idioma quechua (INEI, 2017), este es un porcentaje significativo que no debería pasarse por alto, sobre todo en una dimensión tan importante como el de la salud en un contexto con marcados desafíos.

En el desarrollo de este apartado tomamos en cuenta la propuesta teórica de Alvarado (2002) y Albó (1999), quienes señalan que la interculturalidad implica un diálogo entre culturas, asumiendo una identidad propia. Sin embargo, para que ocurra esta comunicación deben existir algunos requerimientos mínimos; uno de ellos, es que las partes involucradas en el diálogo, preferiblemente, puedan conocer por lo menos uno de los idiomas involucrados para lograr así una comunicación efectiva.

Así, el conocimiento del idioma quechua en un contexto andino resulta crucial y su uso coadyuva a un diálogo adecuado. Aunque, debemos precisar que no es el único

aspecto para tomar en cuenta. Es decir, la interculturalidad no se reduce a la competencia comunicativa, sino que implica y requiere además, siguiendo la propuesta de Albó (1999), Albó (2010) y Alvarado (2002), una actitud de apertura y reconocimiento positivo de la diferencia sobre la cuál es posible construir una relación intercultural positiva aceptada de manera voluntaria por las actoras y actores sociales involucrados. Esta situación es expresada por ambos grupos involucrados en el proceso de atención médica primaria.

En base a ello, buscamos dar cuenta, en primera instancia, de lo esencial que es el elemento comunicativo en las relaciones interculturales pues permite la transmisión de conocimientos, actitudes, exigencias y facilita las negociaciones entre individuos de diferentes culturas. Pero, además, buscamos describir los diferentes puntos de enfoque desde los cuales los actores sociales evalúan el uso del idioma. Esto implica considerar, las valoraciones distintas, las expectativas y los requerimientos lingüísticos específicos, como el caso de las recetas médicas que son emitidas haciendo uso de formas de comunicación escrita. En este marco, han surgido una serie de brechas y desafíos que han configurado la interrelación entre el personal de salud y los usuarios en su interacción cotidiana en el Centro de Salud. Por lo que el bilingüismo no es la única categoría fundamental para el análisis sino además todos aquellos mecanismos que han surgido en torno a dichas brechas y desafíos encontrados.

Asimismo, reconocemos que una comunicación intercultural efectiva incluye una apertura de ambas partes para la escucha mutua (Cahn, 2012) —en este punto surgen matices de relaciones de poder que daremos cuenta en el capítulo dedicado a la subalternidad. Además, es necesario tener en cuenta que la utilización del idioma posibilita una comprensión mutua suficiente. Este último aspecto, puede condicionar la interrelación intercultural y como consecuencia —sobre todo en el campo de la salud— que corra riesgo el bienestar y hasta la vida del usuario a corto y largo plazo.

3.2.1. *La perspectiva del personal de salud*

“No, sí hablo el quechua bien, no hablo al cien por ciento, pero sí lo hablo” (Médico SS, 2023). Con este enunciado, el médico de 45 años nos da cuenta de su dominio regular del quechua, una situación similar a la de muchos profesionales de la salud. Como veremos el aspecto del conocimiento del idioma quechua, para el personal de salud, es un aspecto clave en los servicios de atención médica primaria en un contexto intercultural como el del distrito de Paruro. Sin embargo, hemos podido ver que se presentan ciertas limitaciones, debido a que en ocasiones no hablar completamente, o

como dice el médico SS, “no al cien por ciento” el idioma, es un factor que condiciona de forma importante la comunicación efectiva

Veremos entonces, el punto de vista de la comunicación intercultural efectiva que expresan el personal de salud desde su experiencia y cotidianidad. El aspecto lingüístico aparece junto a otras categorías relacionadas a las características de los usuarios, por ejemplo, nos han podido comentar muchas veces que las personas adultas mayores son quienes generalmente se comunican únicamente en quechua, por lo que el desafío con estas personas es aún mayor. El testimonio de la enfermera SAB, da cuenta de esta idea y de las condicionantes que implica esta situación:

A veces cuando vienen las personas adultas mayores con ellitos hay que tener un poquito más de paciencia, escucharles bien, porque a veces hablan en el idioma quechua entonces entenderle y, a veces, cuando pasan a los consultorios, a veces hay personal de medicina, mayormente los últimos que vienen como que no dominan el idioma quechua entonces ahí sí como que sienten que no les han entendido, no les han entendido, no les han comprendido, entonces ese es el detalle pero de ahí a veces nosotros el personal que dominamos el idioma quechua les ayudamos en ese aspecto. (Enfermera SAB, 2023)

Se da cuenta entonces de la situación que se vive en la interrelación intercultural con personas adultas mayores quechua hablantes. Se señala a la paciencia como uno de los factores principales para alcanzar una comprensión mutua, pero se trata de una “paciencia para o hacia” y no de un tipo de “paciencia de”, es decir no se tiene paciencia del paciente, de sus características como si se le estaría tolerando. Sino que, la paciencia está orientada hacia la comunicación. En la práctica la enfermera SAB nos ha podido demostrar como el conocimiento del idioma quechua facilita en gran medida la interrelación en la atención de cuidados de enfermería y procedimientos en el tópico.

Además, y, sobre todo, se presenta una situación de empatía, pues la enfermera entrevistada trata de comprender el sentir de los usuarios y su búsqueda por ser entendidos. Durante las observaciones que realizamos en el Centro de Salud pudimos confirmar esta situación pues la población parece sentirse más cómoda con aquel personal que les habla en el idioma quechua. Este hecho es importante pues implica que se reducen los malos entendidos y, las expectativas de los usuarios para con estos profesionales, es de confianza mutua.

Notamos que el personal de salud percibe una limitación lingüística en la comunicación, específicamente en relación al quechua. Según la perspectiva de Albó

(2010), el personal construye su identidad en función de sus vínculos cercanos, en este caso, el equipo de trabajo y su rol en la atención de los usuarios. Así, nuestra interlocutora observa que esta limitación es especialmente evidente entre los profesionales recién incorporados al equipo, quienes suelen tener poco conocimiento del idioma quechua.

Al entender esta limitación de sus colegas, la enfermera es consciente de la necesidad de los usuarios y, como habíamos dicho actúa, de forma empática al buscar ayudarlos. Desde nuestras observaciones, pudimos dar cuenta de que, muchos de los usuarios que salen de consultorio tienen dudas sobre algo que se dijo en la consulta. Estas preguntas suelen ser resueltas por las enfermeras que se encuentran en el área de triaje o farmacia.

Por otro lado, un factor que no debemos dejar de pasar desapercibido, es el hecho de que el requerimiento de interpretación por parte de los usuarios, puede vulnerar el derecho a la confidencialidad entre el médico y el usuario, recordando que este es un derecho del paciente. Por lo que no en todos los casos, la idea de poder mediar por el usuario en el aspecto lingüístico es una situación adecuada, sin embargo, debemos reconocer lo importante de este tipo de agentes en el Centro de Salud, pues son como mencionaremos más adelante, mediadoras interculturales de hecho.

Entonces, lo señalado anteriormente, describe una situación en donde no se evidencia un conocimiento del idioma quechua por parte de cierto sector del personal de salud. En este sentido, la perspectiva de la enfermera nos ha podido ofrecer un panorama donde podemos identificar una limitante en el proceso de comunicación como tal, sin embargo, esto no significa que la comunicación efectiva haya desaparecido por completo. Así, a pesar de las limitaciones y la complejidad que conlleva la interrelación relacionada con la privacidad del paciente en el consultorio, es más adecuado hablar de distintos grados de comunicación, en lugar de considerar la situación simplemente como negativa, única y definitiva.

Desde el punto de vista de los médicos esta situación presenta ciertas variaciones, se reconoce la importancia del idioma quechua, pero, además, de forma no explícita, se pueden dar cuenta de ciertas limitantes:

El quechua es parte de mi currículo en la universidad, un año se lleva de quechua, claro que no es el mismo quechua de aquí, difieren algunas cositas, pero son muy pequeñas que tú mismo le preguntas al paciente en quechua, como en castellano, le lanzas una palabra arriba o sobre, a veces en una frase, y le dices pero qué significa esto, y te explica el mismo quechua, y ahí tú le entiendes, hasta con

gestos y con todo, para nada es una limitante, en ningún momento, al menos en mis compañeros que han salido de la universidad no. (Médico HH, 2023)

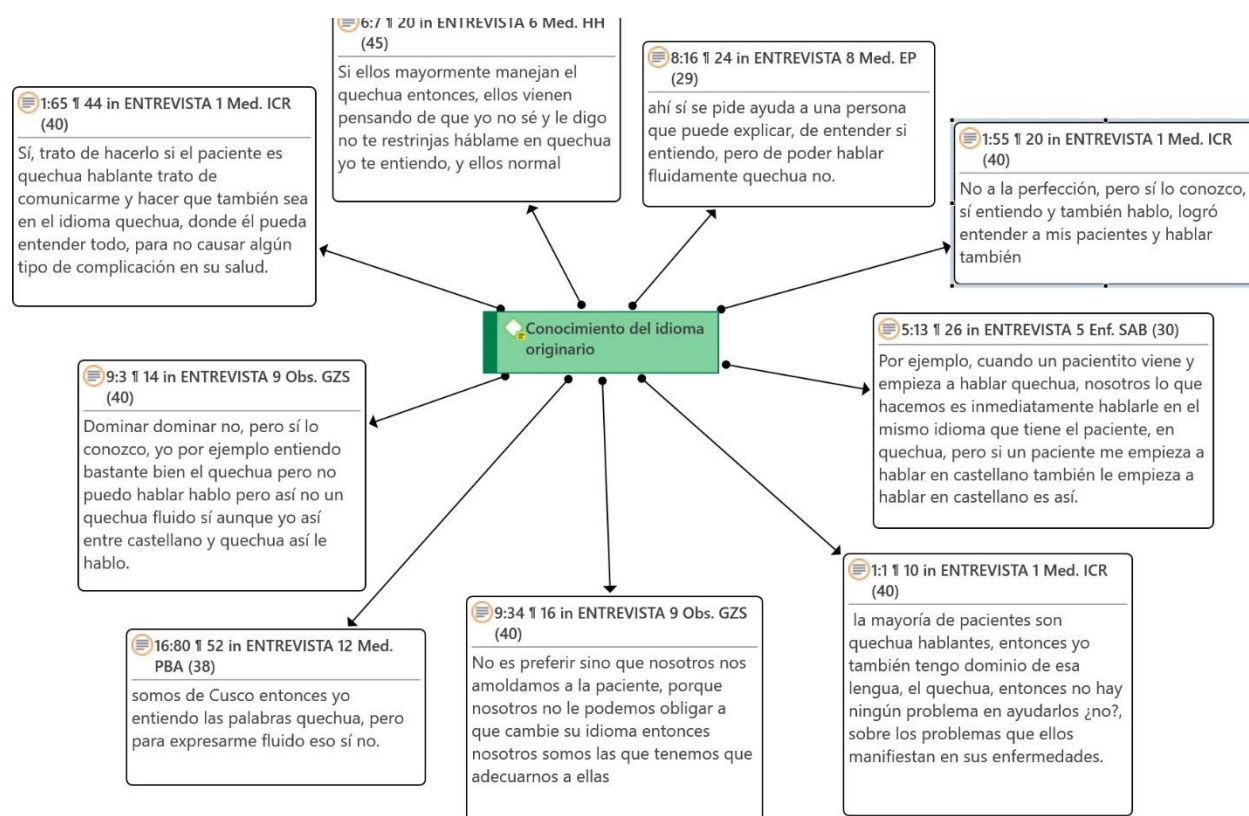
El médico entrevistado es graduado de una universidad boliviana por lo tanto el conocimiento que pueda tener del quechua es diferente al quechua cusqueño, discursos similares aparecen en el grupo del personal de salud: “Yo entiendo [refiriéndose al quechua cusqueño], pero a veces no puedo, por ejemplo, yo soy de Apurímac, el quechua que se habla acá es distinto” (Médico EP, 2023) lo que da cuenta de la complejidad intercultural de este contexto. A pesar de eso, el médico HH y EP son tajantes en afirmar que el factor del idioma no es una limitante en su cotidianidad laboral. Sin embargo, si hacemos una inferencia del discurso no parece evidenciar completamente que ocurre una comunicación fluida, debido al uso de recursos paralingüísticos de tipo gestuales lo que parece ser una alternativa complementaria para la comunicación y permite que esta al final pueda darse.

En todo caso destacamos dos hechos fundamentales que se puede inferir del testimonio del médico HH, primero un conocimiento regular del idioma quechua y este es valorado en la interrelación con el usuario. Segundo, no se evidencia una actitud negativa, a pesar de no conocer bien el quechua, se puede apreciar una apertura y disposición a comunicarse en este idioma.

Estos dos hechos, conocimiento regular del idioma y actitud de apertura, se presentan de forma similar en el grupo del personal de salud dentro la categoría conocimiento del idioma originario en el personal de salud, aunque, por supuesto, existen contrastes individuales. A continuación, presentamos otros testimonios referidos a esta situación:

Figura 7

Red enunciados sobre conocimiento del idioma originario



Nota. Elaboración propia en el *software Atlas.ti 9*

En síntesis, en estos testimonios, se destacan los siguientes elementos importantes en los que debemos enfocar nuestra atención. Primero, un aspecto al que ya nos habíamos aproximado, se reconoce la importancia de hablar el idioma quechua debido a recurrencia del uso de este idioma por parte de los usuarios. Sin embargo, a pesar de que la mayoría de nuestros interlocutores del personal de salud afirman conocer el idioma quechua, muchos de ellos no pueden hablarlo de manera fluida, esta situación se da sobre todo en el caso de los médicos. Frente a este hecho se admiten desde su perspectiva dos tipos de soluciones, la primera es una suerte de hibridación entre español y quechua o pedir a otro personal de salud que sabe hablar el idioma para que sirva de mediador o traductor.

Segundo, los discursos evocan una disposición abierta por entender al paciente, la importancia de esto lo menciona la médico ICR de forma explícita: “para no causar algún tipo de complicación en su salud”, esto porque un mal entendimiento de algún síntoma relevante que ha sido expresado en quechua, podría generar su insuficiente consideración por parte del galeno y, posteriormente, traer severas complicaciones en el usuario a futuro debido a una falta del pertinente tratamiento.

Luego, en esta misma línea aparece la idea de adaptación y no imposición del castellano. Esto implica que se favorece el uso del quechua ofreciendo la posibilidad al paciente para poder expresar sus síntomas en su idioma originario. Desde nuestras observaciones, las cuales se han realizado únicamente en espacios donde no se vulneraba la privacidad del paciente, hemos podido constatar que las enfermeras hablan el idioma quechua con completa naturalidad. Sin embargo, por evidentes motivos éticos, no hemos podido acceder a observar la interacción entre el médico y los usuarios.

Si bien, rescatamos las perspectivas positivas del personal de salud sobre el idioma quechua, consideramos también que una competencia limitada en el conocimiento del idioma originario podría contribuir a la situación de diglosia cultural. Porque, cuando los usuarios, sobre todo los bilingües, notan esta insuficiencia pueden preferir que la atención sea en español.

Por ello, es necesario comprender también, las perspectivas de los usuarios, de forma que se pueda entender sus preferencias, percepciones y sentires en torno al conocimiento y uso del idioma quechua cuando son atendidos en el Centro de Salud.

3.2.2. *La perspectiva del usuario*

“Quechua sería pues papá, castellano no tanto, quechua si pues, nuestro favorito papá, nuestro quechua es... nuestro idioma papá”. (Usuaría B., 2023). Con esta frase, B, una mujer adulta mayor de aproximadamente 74 años, nos manifestaba su preferencia: el idioma quechua sobre el castellano. A pesar de poder entender a la perfección el idioma español, por sus experiencias a lo largo de su vida, prefiere el quechua evidenciando un sentimiento de pertenencia por el idioma.

Así, la perspectiva de los usuarios se divide en dos tipos. Primero, aquellos que están de acuerdo con la forma de comunicación, asumiendo que no necesariamente se debe usar el quechua por lo que se sienten comprendidos por el personal de salud, evidenciando una comunicación suficiente y satisfactoria. Y, segundo, existe otra perspectiva donde se manifiesta una molestia por parte del usuario, ya que considera que es necesario conocer el idioma quechua para lograr una comunicación suficiente.

En el primer caso, el testimonio de la usuaria SN, una adulta mayor de aproximadamente 63 años, señala un componente de entendimiento en la interrelación con el personal de salud, ella menciona lo siguiente:

Ari, entiendiwanku, doctorapis kaymi punchayllan runasimipi atiendiwashan. (Usuaría SN, 2023).	Si, nos entiende, la doctora hoy día nos ha atendido en quechua. (Usuaría SN, 2023)
No, runasimiwapi parlachiwanku, ajá, paypis tunasimillapi doctor parlan. (Usuaría SN, 2023)	No, solo en quechua me hacen hablar, el también habla en quechua. (Usuaría SN, 2023)

Es importante notar, que lo expresado por SN es realizado a partir de una hibridación entre términos de ambos idiomas. Luego, se resaltan dos aspectos, primero, uno de los temas de los que estábamos conversando fue precisamente si los médicos del centro de salud podían entenderle, la respuesta en este caso fue un contundente ari (sí), esta afirmación nos ofrece un panorama donde la usuaria se siente entendida hecho que se debe valorar. Segundo, el siguiente aspecto se refiere que la atención fue realizada en quechua, como se mencionó con anterioridad en el Centro de Salud existe una importante apertura para la integración del idioma quechua durante el proceso de atención médica primaria.

Ahora bien, debemos detenernos en este punto para hacer una precisión. Una de las características de los usuarios del centro de salud de Paruro²⁰, es que suelen denominar con el término “doctora”, a las enfermeras del establecimiento. Generalmente la impronta de la palabra doctora, en el campo de la salud, suele referirse a una médico, sin embargo, esto no es así para un sector de los usuarios de salud parureños, sino que otorgan esta definición a las enfermeras del establecimiento, usando, por otro lado, el término de “señorita” para referirse a las médicos.

Entonces, el enunciado de SN, puede ser referido a la atención por parte de las enfermeras que dominan el idioma quechua. Sin embargo, de forma global, el sentir de la usuaria parece ser de entendimiento, no expresa una problemática en la interacción relacionada al conocimiento del idioma quechua por parte del personal de salud.

Cuando hablábamos con SN, apareció su esposo, XS de 65 años y de manera rápida su esposa SN le ofreció un resumen de nuestra conversación y una vez llegado al tema del conocimiento y uso del quechua por parte del personal de salud y la atención en

²⁰ Esto ha podido ser notado a partir de la observación en el lugar y además ha sido mencionado en testimonios del personal de salud, los cuales se presentan más adelante.

este idioma, el señor XS, mencionó lo siguiente a manera de complementar aquello que ya dijo su esposa:

Si atienden en quechua, sí, esa esa doctorita domina el quechua, correcto domina, las anteriores también dominaban mucho, dominan, dominan bueno. (Usuario XS, 2023)

Como se ha podido apreciar, ambos comentarios sostienen una valoración positiva de la competencia del uso de idioma quechua por parte del personal de salud. En este último caso, se complementa con experiencias anteriores que nos dice mucho sobre el precedente de atención en quechua en el personal de salud. Así, debemos considerar que existe una aprobación de parte de XS, es decir, desde sus experiencias anteriores con otras u otros médicos su valoración ha sido igual de positiva.

Debemos tomar en cuenta que la utilización del idioma quechua, es valorado de formas distintas y con diversos matices que van desde un espectro de lo negativo hacia lo positivo. A pesar de la preferencia por el uso del quechua durante la interacción en la atención médica, el uso del español es también aceptado, tal como se expresa a continuación:

Claro yo he nacido aquí en esta tierra, aquí hablamos quechua siempre (...) ¿No? como hablo yo castellano, me ha atendido en castellano, no tengo ningún problema en ese sentido, yo me siento cómoda en cualquiera, dominó los dos idiomas. Normal. (Usuaría F, 2023)

Es importante destacar que, la afirmación anterior fue realizada por nuestra entrevistada, quien de manera amable nos proporcionó un espacio de tiempo en su cotidianidad precisamente después de haber sido atendida en el Centro de Salud. En este caso, encontramos dos aspectos importantes a analizar. En un primer momento del diálogo, reafirma la valoración del idioma quechua relacionándolo con el lugar en donde ha nacido dándonos así una idea de la configuración de su identidad en torno al quechua, tal como ha expresado también nuestra interlocutora B. En este punto, la perspectiva que nos ofrece F de que el idioma es hablado “siempre” en el lugar, nos da la idea del contexto intercultural en el que se encuentran los usuarios y el personal médico reafirmando la importante presencia de este idioma en el lugar. Sin embargo, notamos también que el dominio del español es evidente, en este caso, desde la óptica de F, no se encuentran problemas en comunicarse en ambos idiomas, es más, tal como menciona, la atención de aquel día fue en español.

En este punto debemos hacer referencia a lo establecido por Tubino y Flores quienes (2020), señalan el paradigma de la diglosia cultural, la cual nos ayuda a identificar la situación del idioma quechua, así como las circunstancias de su uso en un contexto intercultural. La diglosia cultural, se refiere a que, en el contacto entre diferentes culturas, y, por ende, entre distintas lenguas de diferente “prestigio” social, una de ellas, en este caso, el español, se impone a otra, es decir el quechua, debido a que, el español permite el acceso a servicios públicos y a otros similares.

En el testimonio abordado con anterioridad, se presenta la diglosia cultural en su dimensión lingüística. Nuestra entrevistada F señala que es quechua hablante y que utiliza este idioma, sin embargo, la atención que recibió fue en español. Podemos entender esto porque este último idioma es el que se suele ponderar en espacios de servicios públicos como el centro de salud. En tal sentido, la población quechua hablante y bilingüe como F considera que no tiene inconveniente en ser atendida en quechua, ocurriendo entonces una ponderación inconsciente del español en espacios como el Centro de Salud. Esto se refuerza con el hecho de que a pesar de que existe apertura por considerar el quechua las limitaciones encaminan a los usuarios a optar por hablar en español. Entonces, con el fin de conseguir una adecuada atención en este servicio la población prefiere usar el idioma con el que puedan acceder de forma adecuada al servicio de salud. Y tal como hemos notado en el discurso esto ya se ha normalizado.

Otras percepciones sobre el conocimiento del idioma quechua en la interacción entre el personal de salud y los usuarios, evidencian una evidente inconformidad y una molestia. Los testimonios presentados a continuación difieren con lo señalado en testimonios anteriores y expresan más bien un malestar. Por ejemplo, durante la conversación con AA, al referirnos a la atención médica en idioma quechua, nuestro interlocutor nos manifiesta lo siguiente:

Sólo en castellano [la atención médica], algunos no hablan quechua [refiriéndose al personal de salud], la verdad hay bastante ignorancia, porque nosotros somos peruanos y... y, serranos de todas maneras ¿no?, y también incluso yo soy técnico agropecuario... sé hablar quechua todo, pero acá en el Centro de Salud los médicos no saben, los profesionales cuando van a campo ¿no cierto?, no entienden quechua. (Usuario AA, 2023)

AA, es zootecnista de 29 años y ha laborado en diversas comunidades campesinas del distrito de Paruro y es un gran conocedor de la realidad de los pobladores andinos de esta zona y de sus experiencias con el personal de salud, además, es parureño de

nacimiento y radica actualmente en el distrito de Paruro, aunque realizando constantemente viajes a distintos lugares del distrito. AA, ha sido usuario del centro de salud, así como también ha presenciado situaciones en donde el conocimiento del idioma quechua ha sido determinante.

Es así como el testimonio presentado con anterioridad refleja una situación negativa sobre el conocimiento del idioma quechua por parte del personal de salud. En este caso, la experiencia de AA, evidencia que la atención médica es únicamente en español y que existe una ignorancia, refiriéndose a la insuficiencia del conocimiento del quechua. Seguidamente, se presenta un elemento identitario al reconocerse como peruano o serrano y considera una percepción identitaria colectiva e integradora al usar el pronombre “nosotros”, relacionando este aspecto con el conocimiento del idioma.

De esta manera, expresa una inconformidad y enuncia una expectativa relacionada a que el personal de salud debería conocer el quechua. Esta exigencia nos hace dar cuenta la importancia que para algunos usuarios tiene el idioma quechua y también nos hace notar las demandas hacia el personal de salud en este aspecto. En esta misma línea, B, presenta un testimonio similar, en base a su experiencia en el centro de salud, ella señala:

Castellano, en quechua no te atienden. Algunos no hablan, castellano no más te hablan, algunos señores que van a atenderle, no les entienden pues papá, no les entienden, algunos no saben pue hablar quechua, castellano no más. (Usuaría B, 2023)

El enunciado es similar a la perspectiva de AA, en el sentido de que afirma la atención únicamente en español. En el caso de B, evidencia una preocupación debido a la incomprensión a las personas quechua hablantes por parte del personal de salud.

En balance, estas últimas perspectivas de B y de AA, precisan que el conocimiento del idioma quechua es fundamental en la interrelación entre el personal de salud y los usuarios. Cabe destacar que, en todos los casos, se ha evidenciado una evocación de experiencias anteriores que han vivido y que han visto. En tal sentido, la situación del uso único del español condiciona en gran medida la calidad de la atención médica, debido a que se genera una incomprensión mutua. Es necesario recalcar, que no se pretende generalizar estas perspectivas para el grueso de los usuarios en general, pues, como se ha podido apreciar, en el desarrollo de esta sección, existen otro tipo de perspectivas, por lo que, los contrastes son muy evidentes.

3.3. “La barrera es del idioma, es más que todo lo principal”: complicaciones en la interacción debido al uso del quechua

Si bien, el personal de salud tiene actitudes positivas desarrolladas en su cotidianidad para poder comunicarse con los usuarios de manera efectiva, se reconoce también que se presenta —sobre todo en el caso de los médicos, no tanto así en el de las enfermeras— un conocimiento regular del idioma quechua. Como mencionamos con anterioridad, el hecho de conocer algunos términos en quechua o hacer uso de recursos paralingüísticos en la comunicación, muchas veces no es suficiente para mantener el diálogo requerido durante una consulta médica. Y es que el usuario quechua hablante, con un amplio dominio en su idioma, no duda en expresar sus síntomas con notable rapidez y fluidez:

Bueno, la dificultad sí, con los que hablan netamente quechua, a veces lo hacen demasiado rápido y ahí sí he tenido la dificultad, netamente los que hablan quechua demasiado rápido, en mi caso, yo, digamos, no hablo muy bien el quechua. (Médico PBA, 2023)

Para alguien que cuyo idioma originario no es el quechua, comprender a un quechua hablante nativo resulta una complicación importante que en ocasiones no puede ser sorteada. En estos casos, el diálogo con el usuario dentro del consultorio, se torna en una experiencia complicada y carente de la claridad necesaria para tratar aspectos de la salud y la enfermedad.

Sí, sí ha habido esa experiencia, ha habido momentos en los cuales el paciente te manifestaba algo ..., entonces, no se le podía entender a ese paciente claramente lo que él manifestaba, la barrera es del idioma más que todo lo principal, otra cosa no. (Médico ICR, 2023)

La médico constata que existe una “barrera lingüística” ocasionada por la insuficiente capacidad de entender el quechua y le otorga una ponderación importante. Mayorga (2017), desde una perspectiva prescriptiva señala que la interculturalidad requiere una apertura mayor al diálogo para impulsar el contacto y negociación entre culturas, este aspecto se resalta sobre todo en espacios orientados a la atención de la salud. Por lo que, la barrera idiomática se convierte en una problemática de importante atención.

Sin embargo, esta situación no depende únicamente del personal de salud, los orígenes de esta situación se encuentran más bien en un nivel institucional y académico. Según Yon (2017), la formación de los profesional de la salud, en muchos casos de tipo monocultural, es la causante de las brechas culturales de diverso tipo. En este marco, siempre que el Estado no promueva y promocióne las competencias interculturales necesarias, se logrará un alcance suficiente de este enfoque.

Entonces, la enseñanza del idioma quechua en las escuelas profesionales de medicina y enfermería es un elemento importante. Albó (2004), precisa que la desconsideración de la calificación intercultural debida en la formación del personal de salud podría tener resultados mortales en el usuario. En el Cusco, las instituciones de educación superior han abordado de forma diferente el aprendizaje de los futuros médicos y enfermeras. En la siguiente tabla, donde consideramos las instituciones de formación superior de nuestros interlocutores, se detalla estas características.

Tabla 11

Asignaturas dedicadas a la enseñanza del idioma quechua en las mallas curriculares de las escuelas profesionales y técnicas dedicadas a la salud en Cusco años 2005, 2008 y 2016

Institución	Escuela profesional	Asignaturas	Semestres lectivos
Universidad Andina del Cusco	Medicina Humana (2016)	Lengua Nativa: quechua I Lengua Nativa: quechua II	Dos semestres
	Enfermería (2016)	Lengua Nativa: quechua I Lengua Nativa: quechua II	Dos semestres
Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco	Medicina Humana (2008)	Quechua médico I Quechua médico II	Dos semestres
	Enfermería (2005)	Taller de quechua en salud I Taller de quechua en salud II	Dos semestres

Fuente: (Universidad Andina del Cusco, 2016a, 2016b; Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, 2005, 2008)

Como se puede apreciar, en las universidades revisadas, para los años 2005, 2008 y 2016, años en los que nuestros interlocutores se formaban, se ofrecen dos semestres de cursos de quechua en todos los casos. Esta tendencia se ha visto reducida en años recientes. A continuación, se presentan las mallas curriculares vigentes:

Tabla 12

Asignaturas dedicadas a la enseñanza del idioma quechua en las mallas curriculares de las escuelas profesionales y técnicas dedicadas a la salud en Cusco

Institución	Escuela profesional	Asignaturas	Semestres lectivos
Universidad Andina del Cusco	Medicina	Lengua Nativa: quechua	Un semestre
	Enfermería	Taller de lengua nativa quechua	Un semestre
Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco	Medicina	No se considera*	-
	Enfermería	Taller de quechua en salud I Taller de quechua en salud II	Dos semestres
Instituto Superior Antonio Lorena	Enfermería técnica	No se considera	-

Nota. *Se consideran los cursos de interculturalidad y salud en el V semestre y medicina tradicional en VIII semestre, pero no se evidencia una asignatura específica dedicada al aprendizaje del idioma quechua.

Fuente: (Escuela Profesional de Enfermería UNSAAC, 2020; Escuela Profesional de Medicina Humana UAC, 2020; Escuela Profesional de Medicina Humana UNSAAC, 2022; Insituto de Educación Superior Tecnológico Privado Antonio Lorena, 2024; Escuela Profesional de Enfermería UAC, 2024)

La reducción de cursos dedicados a la enseñanza de quechua es evidente, en comparación con mallas curriculares anteriores. Identificamos entonces, que la Universidad Andina del Cusco, tanto en su Escuela Profesional de Medicina como de Enfermería evidencian asignaturas dedicadas a la enseñanza del quechua. Sin embargo, solamente se ofrece en un semestre esta asignatura. La escuela profesional de enfermería de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco (UNSAAC), es de todas las escuelas profesionales que hemos tomado en cuenta la que mayor tiempo de enseñanza dedica al idioma quechua, un total de dos semestres que equivale a ocho meses.

Por otra parte, la escuela profesional de medicina de la UNSAAC, a pesar de presentar asignaturas relacionadas a la interculturalidad y diversidad cultural, no considera una asignatura dedicada exclusivamente a la enseñanza del idioma quechua. Esto mismo sucede con el Instituto Superior Antonio Lorena, pero en este caso, no existe ninguna asignatura que aborde temas culturales ponderando solamente la enseñanza del aspecto biomédico y asistencial.

Entonces, solo tres de las cinco escuelas profesionales que mayor cantidad de especialistas de la salud aportan al contexto cusqueño han considerado la enseñanza del quechua en sus mallas curriculares. Aunado a ello, en base a las barreras en la interrelación determinadas por el conocimiento del quechua que hemos encontrado en esta investigación, sostenemos que el tiempo de enseñanza en las instituciones que han tomado el quechua sigue siendo muy corto, pues en uno o dos semestres no se alcanza la competencia idiomática suficiente para una comunicación fluida que es un aspecto importante durante una consulta médica.

En esta línea, la insuficiente enseñanza del quechua podría ser la desencadenante de las complicaciones en el entendimiento entre el personal de salud y el usuario. A pesar de que, reconocemos que existe una aceptación y una disposición por parte del personal médico a adaptarse al idioma quechua, también, se ha podido reconocer que existe una limitante idiomática y que esta incluso puede ser determinante en el estado de salud del paciente: “Sí, trato de hacerlo si el paciente es quechua hablante trató de comunicarme y hacer que también sea en el idioma quechua, donde él pueda entender todo” (Médico ICR, 2023). Al ser esta situación de tanto cuidado, los y las médicos, a fin de asegurarse que el usuario haya entendido sus indicaciones tiene que recurrir a una tercera persona que medie la interacción y cumpla el rol de traductor:

Hacerlo explicar, lo que yo quiero decir, para llegar a la paciente, porque a veces, no entienden como por ejemplo para que tomen su sulfato ferroso a veces ni lo toman porque no han entendido, por eso sí les hago traducir con otra persona. (Obstetra GSZ., 2023)

En la experiencia que nos ha contado la médico, se percibe un interés por el bienestar el usuario, y además se reconoce también que en ocasiones no existe un entendimiento completo por parte del usuario. La barrera entonces es evidente y a pesar de que se trata de hacerle frente considerando a un traductor, la interrelación no es del todo satisfactoria pues, primero, no siempre existe a disposición una persona que pueda traducir; segundo, no todas las personas están capacitadas para ser traductores en salud,

por lo que, sobre todo en comunidades alejadas, es complicado hallar una persona que tenga la capacidad de entender terminología médica, por ejemplo “sulfato ferroso” que pueda hacerle entender al usuario y, por último, en algunos casos que involucran la intimidad y el pudor del usuario, una tercera persona vulneraría el derecho a la privacidad del paciente.

Una percepción de esta situación la tiene MCG, quien ha presenciado y escuchado casos de ésta índole:

Un tiempo vino una doctora que no entendía o sea no hablaba, o sea..., era ..., no sabía hablar quechua y, había venido una señora con dolor de muelas y no le entendía entonces ha tenido que esperar que alguien le interprete pué. Ahora creo que la mayoría hablan quechua, mayoría creo que son de las comunidades, creo que son. (Usuaría MCG, 2023)

MCG, ha sido funcionaria pública del distrito de Paruro y fue una de las participantes en la gestión encargada de la remodelación del establecimiento de salud que funciona en la actualidad. Es, además, conocida por gran parte de la población de Paruro y sabe de primera mano las experiencias de los usuarios y las dinámicas que se presentan en el Centro de Salud.

En su testimonio, se menciona la barrera que representa el insuficiente dominio del idioma quechua y sus consecuencias. Además, hace referencia a la situación actual, donde señala que algunos miembros del personal de salud conocen y hablan quechua, lo cual abordaremos más adelante. Esta barrera idiomática genera una situación compleja que compromete la integridad de la persona. La insuficiencia al recibir atención médica urgente y directa en el Centro de Salud, al cual muchas veces se acude con desesperación y dolor, agrava aún más esta situación. Por ello, es fundamental que el personal de salud en su totalidad conozca, domine y se comunique en quechua.

Sin embargo, en la interacción como tal, el personal de salud afirma que esta barrera no es expresada por los usuarios, sino notan o perciben una actitud de incomodidad:

Siempre hay pacientes que sí incomodan no algunos dicen porque viene acá si no sabe quechua, ..., que lo expresen no he visto, pero sí un poco tal vez de qué se sorprenden, está viniendo y no saben mucho quechua. (Médico EP, 2023)

Esta falta de enunciación por parte de los usuarios puede deberse tanto al idioma, como también a su posición subalterna (ver capítulo 5). Sin embargo, cuando pudimos

conversar con AA, él ha sido tajante en su opinión y con una expresión que denotaba molestia, pues considera injusta esta situación, nos dijo lo siguiente:

Pasa un accidente en Misca, o en una de las comunidades la abuelita no sabe hablar castellano y ¡pucha cuál va a ser la realidad de un profesional!, la vida de un profesional si no sabe entender quechua, por ejemplo, va a decir documentuta apamuy, trae su documento, la señora no va a entender no, entonces de todas maneras tienes que saber hablar quechua, documentochata apamuy. De todas maneras, eso es un mundo para poder hablarlo, porque si la verdad yo opinaría, por ejemplo, daría una sugerencia de que, desde el mismo centro de estudios salgan bien preparados, que sepan hablar quechua bien claro y también que presten servicio bien. (Usuario AA, 2023)

Esta opinión concuerda con lo dicho por la obstetra GSZ en el sentido de que reconoce una mayor dificultad en zonas alejadas, a pesar de que este escenario no ocurre en el Centro de Salud, nos presenta un indicio de cómo es la interrelación entre el personal de salud y los usuarios cuando existe una barrera idiomática. Así la perspectiva de AA, revela ese requerimiento de una interacción en el idioma quechua que presentan los pobladores andinos, esta idea es importante, debido a que no es suficiente un conocimiento superficial del idioma, es necesario que el profesional de la salud pueda comunicarse de forma efectiva, hacerse entender con su paciente de manera que se pueda superar la barrera idiomática. Por ello, la sugerencia propuesta por AA, cobra mucho sentido, el personal de salud desde sus estudios técnicos o universitarios deben estudiar, conocer y dominar el idioma quechua debido a que esta competencia se relaciona con una atención suficiente y de calidad.

Entonces en esta sección, hemos descrito la barrera idiomática, considerando percepciones del personal de salud y los usuarios del servicio de atención médica primaria. Si bien en anteriores apartados de esta investigación hemos visto la actitud de apertura del personal de salud, en este segmento, hemos podido reconocer que el idioma es fundamental en la interrelación para la atención médica. Las limitaciones de un conocimiento medio del idioma quechua han generado esa barrera. No obstante, las causas aparecen desde el ámbito institucional, específicamente en la formación de médicos y enfermeras en el Cusco, pues la enseñanza del quechua ha sido apenas considerada en los centros de formación superior y técnica que preparan a estos profesionales. Esto último contribuye a la insuficiencia idiomática en el personal y a las consecuencias derivadas que han sido percibidas en nuestros interlocutores. La presencia

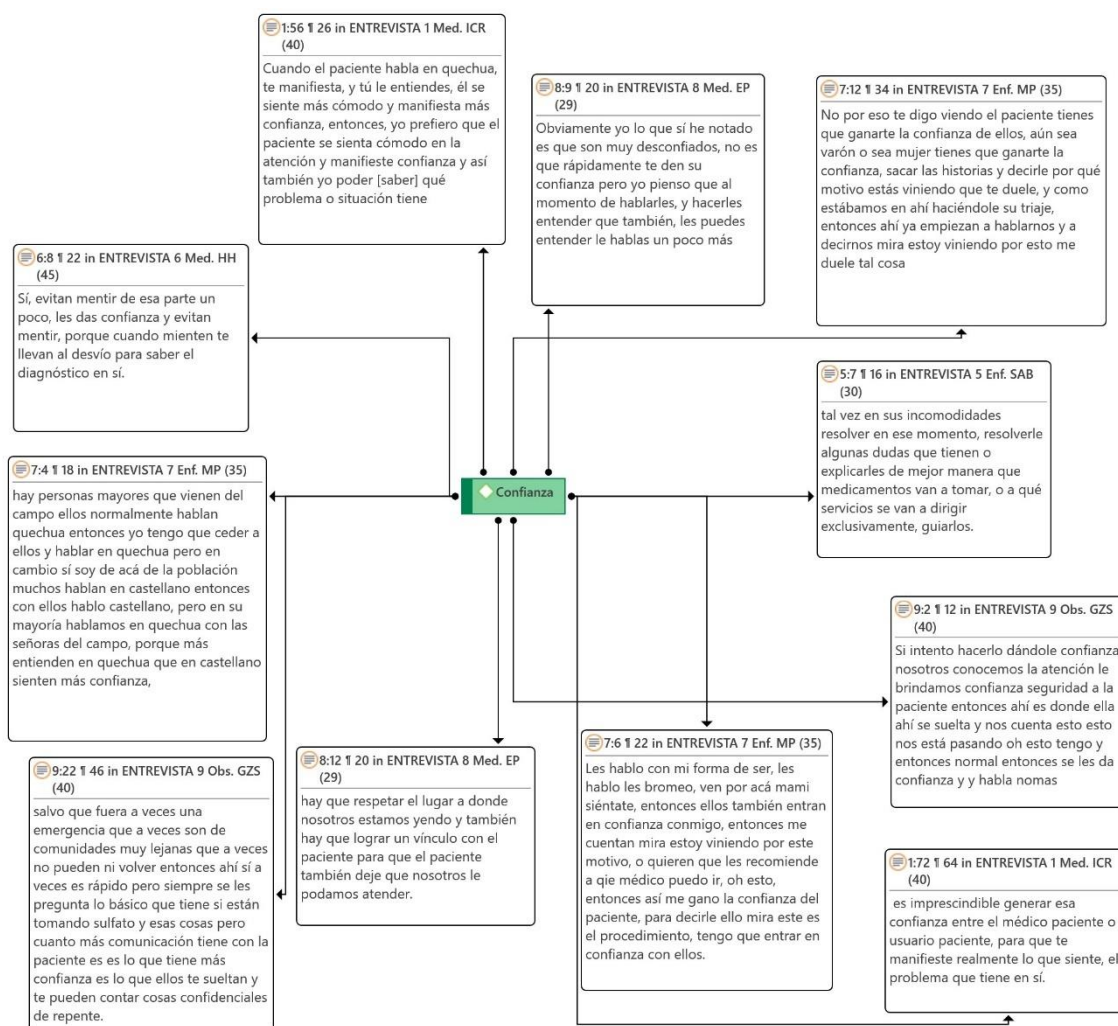
de un traductor para paliar esta situación tampoco ha tenido resultados óptimos desde la perspectiva del usuario debido, sobre todo, a la espera de este y por las capacidades que se requieren para cumplir esta función sobre todo en comunidades alejadas, en este marco, surge el papel de las enfermeras como mediadoras interculturales de hecho aspecto que trataremos más adelante.

3.4. Comunicación, idioma y confianza

Si trascendemos el ámbito estrictamente lingüístico de la comunicación en la interrelación entre el personal de salud y los usuarios aparecen categorías relacionadas, más no independientes, como, por ejemplo: la confianza. Las actitudes del personal de salud se asocian de forma notable con la generación de confianza, pero además el hecho de hablar en quechua es un aspecto muy valorado por los trabajadores de la salud para poder sostener una comunicación en donde los usuarios se sientan cómodos para poder expresar sus síntomas y de esta manera el diagnóstico sea más certero. A continuación, presentamos los testimonios del personal de salud sobre la categoría confianza:

Tabla 13

Red de enunciados asociados a la categoría de confianza



Nota. Elaboración propia en el *software Atlas.ti 9*

Dividimos esta red en dos partes, los cinco testimonios de la izquierda se refieren sobre todo a la relación entre el uso del idioma quechua y la confianza. Por su parte, los testimonios de la parte derecha se refieren a la importancia de generar confianza en la atención del usuario. Existe una correspondencia entre ambos testimonios en el sentido de que, si el uso del idioma genera confianza, este se convierte en una herramienta para lograr esta actitud tan importante en la interrelación con los usuarios.

Entonces, los discursos de la parte derecha del diagrama expresan como se genera la confianza con los usuarios, donde se destaca la acción de hablar, de conversar con el usuario. Desde la percepción del médico EP, los usuarios tienden a ser desconfiados con ellos, pero, una comunicación abierta puede hacer que esta situación se revierta. Así lo menciona también la enfermera MP, quien resalta también la conversación como factor

que permite y posibilita la generación de confianza en el paciente. La enfermera SAB, complementa esta idea mencionando que, durante la conversación, para que se genere confianza se debe ser capaz de explicar y de resolver las dudas que puedan tener los usuarios. Esto es fundamental en el primer nivel de atención médica pues al explicar los procedimientos y que el paciente los reciba sintiendo confianza, no solo se promueve un sentido de respeto mutuo sino también se fortalece el vínculo entre ambos.

Es ahí donde aparece la categoría “seguridad”, pues, en vista de la desconfianza se debe garantizar que los usuarios se sientan seguros para que puedan decir sin temor aquello que les aqueja, esta idea es enfatizada por la médico ICR. Entonces, surgen estrategias que han sido adoptadas por el personal de salud para hacer frente a esta situación. Una de ellas, tiene que ver con la actitud, mencionada por la enfermera MP como la “forma de ser”, que implica relajar el ambiente, mostrar un lado divertido y a partir de ello generar confianza.

Y la segunda estrategia, no separada de la anterior, tiene que ver con el uso del idioma quechua durante la interacción con el usuario. Así, la médico ICR ha podido percibir que al hablar en quechua los usuarios entran en confianza y con esto se puede mejorar la acción diagnóstica. Este último aspecto es percibido también por el médico HH, quien especifica que al hablar en quechua y al generar confianza el paciente evita mentir coadyuvando en el diagnóstico. Estas ideas podrían interpretarse en el sentido de que, tal como menciona la enfermera MP, las usuarias del campo, entienden mejor en quechua que en castellano. Por lo tanto, hablar en quechua permite que el usuario comprenda lo que el médico le dice en una situación óptima de confianza.

Estos enunciados nos muestran un contexto en donde el personal de salud negocia constantemente la confianza con los usuarios, evidentemente no todos van a generar este vínculo, pero se manifiesta la idea que refleja una ponderación del vínculo más allá que el hecho de la comunicación en sí. Es decir, más allá de la acción de la transmisión del mensaje entre el emisor y receptor y de las competencias lingüísticas requeridas, se resalta el contexto y la manera en la que se da esta comunicación.

Por supuesto se trata de una actitud intercultural positiva de acuerdo a lo propuesto por Albó (1999), y además supera el solo hecho del bilingüismo que suele caracterizar al discurso oficial sobre interculturalidad. Por otra parte, se presenta uno de los rasgos importantes que ha planteado Alvarado (2002), que es que los espacios de interacción intercultural positiva deben promocionar la generación de relaciones de confianza y reconocimiento mutuo.

En balance, las categorías comunicación, uso del idioma quechua y confianza aparecen juntos en el discurso del personal de salud. Hemos identificado las percepciones y estrategias que desde su experiencia como trabajadores de salud ha desarrollado el personal que labora en el Centro de Salud de Paruro. Reconocer a la confianza como un hecho valorado por este grupo es crucial pues va más allá del solo hecho de comunicarse y le otorga a la interrelación entre personal de salud y usuario un tinte mucho más humano en pro del bienestar del usuario.

3.4.1. *Las enfermeras como mediadoras interculturales de hecho*

Al llegar al Centro de Salud, las primeras personas que nos reciben, en la mayoría de los casos, es el personal de enfermería. Así, cuando un usuario requiere atención médica, obtener algún informe o realizar algún tipo de trámite, seguramente realizará su consulta —antes que con cualquier persona— con alguna técnica enfermera. En este sentido, el personal de enfermería, tiene, de manera inevitable un rol importantísimo en la interrelación con los usuarios, por lo que, sus competencias interculturales emergen como características necesarias para la comunicación entre el personal de salud y los usuarios.

Así, cuando pudimos entrevistarnos con las enfermeras, notamos que, nuestras interlocutoras han nacido en el distrito de Paruro. Por supuesto, la conversación se dirigió a que ellas nos puedan comentar su conocimiento del idioma quechua y como este ha podido ser útil o no en su labor cotidiana en el Centro de Salud.

Yo soy quechua hablante, yo soy de aquí de uno de sus distritos soy de Accha, a una hora y media está de acá, de Paruro. (Enfermera SAB,2023)

En mi caso por ejemplo yo soy trabajadora de aquí del centro de salud de Paruro, también soy de Paruro, también sé hablar quechua, en todo caso no he tenido ningún problema, en ningún momento ninguna dificultad tampoco, porque soy quechua, entonces en ese aspecto no he tenido ningún problema. (Enfermera MP, 2023)

Ambas enfermeras, originarias del lugar, manifiestan que conocen el idioma quechua, a partir de ello, no han tenido dificultades en poder comprender a la población durante la realización de sus actividades y la interacción con los usuarios. En conversaciones cotidianas que tuvimos con SAB, enfermera licenciada por la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, ella nos comentaba que ha pasado gran parte de su vida en el distrito de Accha, perteneciente a la provincia de Paruro. Este hecho ha configurado su identidad en gran medida, por lo que su relación y trabajo para con sus

“paisanos” estaba relacionada con el hecho de pertenecer a una misma cultura y a una misma población. Ella nos ha mencionado también que, el hecho de nacer en el distrito de Paruro le ha permitido entender a la gente de mejor manera, así como saber de primera mano los problemas que ellos presentan para acceder a la atención de la salud.

Por otro lado, MP, enfermera técnica formada en el Instituto Antonio Lorena, es otra de las trabajadoras de salud, que es originaria del distrito de Paruro. Para ella, el hecho de dominar el idioma quechua, le ha permitido reducir sus dificultades en la interacción con sus pacientes y entender el contexto del que ellos vienen. Radicada actualmente en Paruro, nos comenta que solamente ha tenido que dejar su tierra natal por motivos de estudio y desde que ha empezado a laborar en el establecimiento de salud del distrito no ha tenido que ausentarse nuevamente. De este modo, durante el tiempo que ha venido laborando como enfermera, la población se ha familiarizado con ella, generando una relación de confianza.

Consideramos que ambas enfermeras son mediadoras interculturales, sin embargo, este caso es bastante peculiar y es necesario comprender esta situación de forma más profunda. En un escenario intercultural, se establecen ciertos contrastes, estos se forman tomando en cuenta una serie de características que mediatizan aquello que se considera propio de aquello que no, es decir, se plantea de forma implícita un “nosotros” versus “ellos”. En este marco, Dietz (2017) menciona que, dichas características, dan sentido a las relaciones interculturales y conforman la objetivación de elementos culturales que configuran la etnicidad intercultural.

Un claro caso de dicha objetivación de un elemento cultural como marcador étnico es el idioma quechua, el cual determina la pertenencia a un grupo, es decir, formar parte de un “nosotros”, así como de formar parte de un “otros”. Precisamente, en el medio de esta conformación, surgen ciertos actores sociales que funcionan como agentes mediadores que posibilitan la comunicación entre ambos grupos.

A estos actores se les ha denominado en la literatura política y de las ciencias sociales como mediadores interculturales. La función de los mismos, en el ámbito de la salud, según establece Qureshi et al. (2009), es facilitar el proceso de comunicación entre los usuarios y los profesionales sanitarios, de tal forma que, se pueda facilitar la relación asistencial.

Un aspecto importante que debe caracterizar a un mediador intercultural, es su capacidad de poder adaptarse a diferentes situaciones (Qureshi et al., 2009). Ya que, la

mediación intercultural depende en gran medida de las características de los actores sociales involucrados en la comunicación.

Sucede que el mediador puede conocer el idioma y, a pesar de ello, se limite la comunicación debido a que no comparten, ni comprenden lo que Qureshi et al. (2009) ha denominado “códigos interculturales”. Por lo tanto, la capacidad de los mediadores de poder adaptarse a la situación es fundamental.

En este sentido, la mediación intercultural para las enfermeras SAB y MP, no requieren de dicha “adaptación a los códigos culturales”, sino que estos han sido adquiridos y comprendidos ya por ellas en el proceso de socialización durante su vida en Paruro. Además, tal como indican, el idioma tampoco es una condicionante para la mediación por su conocimiento y manejo del mismo. Esto las convierte en mediadoras interculturales por excelencia.

Es necesario precisar que los mediadores interculturales suelen ser agentes que han sido capacitados por instituciones estatales o esfuerzos privados. Así lo establece, por ejemplo, el Plan de salud integral y el fortalecimiento de salud intercultural en ámbito de los pueblos originarios para el año 2024, en el cual se promociona a agentes interculturales indígenas para el acompañamiento de brigadas de salud (Ministerio de Salud del Perú, 2023).

Empero, las enfermeras SAB y MP, cumplen con las capacidades suficientes para ser mediadoras interculturales, pero no son conscientes de ello, es decir, no saben que son las agentes interculturales de mediación por excelencia. Evidentemente, no recibieron capacitación estatal, sus capacidades como mediadoras no han sido promocionadas, sino que han sido adquiridas por ellas mismas, durante su vida en Paruro y por el constante aprendizaje en la interrelación con los usuarios.

Pero no solo ello, ambas enfermeras, a pesar de no conocer que son mediadoras interculturales, cumplen su función en facilitar la comunicación en el Centro de Salud. Al conversar con los médicos SS y PBA, ellos nos han comentado que la coordinación con el personal técnico es importante pues son los principales conocedores del idioma quechua y, además:

... ellos son los que más conocen de todos los pacientes que vienen. (Médico SS, 2023).

Ese conocimiento de los pacientes, es uno de tipo holístico, y tiene que ver con que las enfermeras han generado confianza y son reconocidas con la población como agentes importantes del Centro de Salud. Además, las enfermeras técnicas, como

mediadoras interculturales, son un importante complemento en el entendimiento de las indicaciones dadas por los y las médicos, teniendo la ventaja de poder entender, dada su formación profesional, aquellos tecnicismos médicos que suelen ser complicados para los usuarios. Al conversar con el médico PBA, nos comenta que al final de una consulta, en caso de que se haya percibido una dificultad por parte del usuario para entender las indicaciones, el personal técnico es quien termina de explicar lo necesario al paciente en el idioma quechua:

No traductor, sino, el personal técnico es el que le explica al final todo, digamos yo le doy la indicación no lo entiende, entonces le llamo a alguien, igual él va a pasar por farmacia y ahí también le van a explicar, también hay personal que puede hablar quechua y ahí hay, le explica pues. (Médico PBA, 2023)

Debemos destacar, que el servicio de farmacia es atendido también por el personal técnico por lo que la contribución de estas agentes interculturales de hecho se realiza en diversos ámbitos y en funciones varias. Así, la labor de las enfermeras SAB y MP, es sumamente importante en un escenario donde las competencias interculturales como el conocimiento y dominio del idioma quechua son determinantes para una atención adecuada y suficiente de usuarios quechua hablantes. Las enfermeras, son agentes esenciales en el funcionamiento correcto del Centro de Salud, y su ausencia limitaría en gran medida la comunicación efectiva del personal médico, el cual, como se ha podido apreciar presenta una competencia insuficiente del idioma quechua y esto es agravado por, tal como sugiere Yon (2023), la indiferencia e insuficiencia de los esfuerzos estatales para promocionar y garantizar competencias comunicativas interculturales desde la formación médica universitaria. Lo que hace que los profesionales de la salud se encuentren en una situación de impotencia y frustración o, como en este caso, depender del personal técnico que conoce el idioma para garantizar la comunicación efectiva con los usuarios.

3.5. Características de los usuarios en el entendimiento de las indicaciones médicas

En este apartado describimos las características de los usuarios que influyen en su capacidad para poder entender prescripciones médicas escritas proporcionadas por el personal de salud. El grado de comprensión de las indicaciones es un factor importante para garantizar el derecho de los usuarios de un tratamiento adecuado. Por ello, abordamos el aspecto relacionado a grupos etarios específicos y al nivel educativo que afectan el entendimiento de las recetas médicas y carteles informativos. A partir de ello,

identificamos barreras y mecanismos empleados para mejorar la comunicación y la calidad de la atención brindada.

3.5.1. Entendimiento de prescripciones médicas escritas

Uno de los recursos utilizados en la interacción entre el médico y el usuario de salud, son las prescripciones escritas, las “recetas”, y son emitidas estrictamente por un médico. Se trata, de papel membretado o simple en ciertos casos, en el cual se escribe la prescripción del tratamiento. Su uso es fundamental para acceder a los medicamentos emitidos dentro del modelo médico hegemónico, pero no solo eso, en su contenido, se especifican de forma escrita la manera en la que será administrada, los horarios, la cantidad que se debe consumir y la duración del tratamiento.

Según la DIRESA-Cusco, los centros de salud de categoría 1-IV, como “Santa Gema Galgani”, del distrito de Paruro, tienen la posibilidad de administrar productos farmacéuticos vitales. En esta clasificación, se encuentran aquellos medicamentos de importancia vital de manera que son imprescindibles en farmacia (Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales (PNUME) Para El Sector Salud - 2018, 2018).

Así, el entendimiento adecuado de las prescripciones médicas es crucial tanto para garantizar el soporte vital y el manejo adecuado de emergencias como para la correcta administración de paliativos (Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales (PNUME) Para El Sector Salud - 2018, 2018). Por lo cual, es fundamental que los usuarios comprendan bien las instrucciones médicas, ya que una interpretación incorrecta de las mismas puede llevar a una administración inadecuada de los medicamentos, lo que podría desencadenar efectos secundarios peligrosos para su salud.

3.5.1.1. El caso de los adultos mayores

Más tarde un adulto mayor, de aproximadamente 80 años ingresa a triaje, se le nota desorientado, pero se encuentra acompañado por un familiar que parece ser su hijo, la enfermera MP lo atiende, le toma los signos vitales mientras le habla, “menos mal has venido”, ¿tienes fiebre? ¿te ha dado calentura? ¿no ves cómo chispitas? ¿normal ves? Si tienes presión alta, debes tomar pastillas para siempre, para toda la vida ¿has tomado alguna pastilla? El anciano solo asiente con la cabeza, luego de ello ingresan al consultorio, es por la tarde, así que se encuentra atendiendo el doctor PBA. Más tarde, ambos salen del consultorio, el familiar del anciano tiene que ir a recoger los medicamentos prescritos durante la consulta médica, se dirige al área de farmacia y deja al anciano sentado en la sala de espera, está justo al lado mío, parece cansado y su rostro expresa un cierto halo de temor. El hijo vuelve de farmacia y se dirige al anciano y en un

tono que expresa molestia le recrimina: “¿dice el doctor que no estás tomando tus pastillas ah!, ¿estás escuchando! (Fragmento extraído del diario de campo, 2023)

Describiremos en primer lugar, la situación de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud vistos desde la perspectiva del personal de salud que los atiende. Consideramos este aspecto porque la interculturalidad de hecho, no solo se refiere a las diferencias culturales en términos de idioma o costumbres, sino también a las diversas realidades que se aprecia dentro de una misma comunidad (Tubino y Flores, 2020). En este sentido, los adultos mayores usuarios del servicio de atención médica primaria son un grupo de personas recurrentes en el Centro de Salud y presentan necesidades específicas. En consecuencia, así como en el caso de las personas que hablan quechua, es urgente también que se valore y respete las particularidades de estas personas incluyendo y además trascendiendo el aspecto idiomático.

Durante nuestras observaciones en el Centro de Salud, pudimos notar que estas personas acuden a este espacio acompañadas en algunas ocasiones por un familiar y en otras muchas acuden solas. Cuando sucede esta última situación el personal de salud suele tener algunas complicaciones que detallamos a continuación:

Al dialogar con los médicos sobre estos casos, nos han comentado que cuando se trata de adultos mayores el desafío es aún más complicado. Esto se debe a las diferentes circunstancias que atraviesan estas personas, como el caso del abandono por sus familias y por las características físicas propias de la edad las cuales dificultan el entendimiento de las indicaciones médicas. En este marco, el personal de salud prefiere que el adulto esté acompañado por un familiar:

Sí, a veces pasa, trato de que si son adultos mayores estén siempre acompañados de un familiar para que ellos expliquen realmente cuál es la situación que presentan. (Médico ICR, 2023)

En el caso por ejemplo de los adultos mayores, se les exige siempre la presencia de un familiar. (Enfermera SAB, 2023)

Ambos enunciados surgieron mientras intentamos buscar un balance en la conversación con la médico y la enfermera sobre los problemas que los usuarios enfrentan durante las consultas. En este caso, la situación de los adultos mayores fue la más destacada en el discurso del personal de salud. El problema de entendimiento más crítico fue el que afecta a los adultos mayores, lo que llevó a que el personal de salud no solo sugiera, sino prácticamente exigiera la presencia de familiares que los acompañen. Durante nuestras observaciones, pudimos notar que los familiares desempeñan un papel

fundamental como soporte, no solo ayudando en la movilización de los adultos mayores, sino también actuando como colaboradores durante el proceso de atención médica. Ellos se encargan, además, de comprender las indicaciones del médico y de garantizar que el tratamiento se siga adecuadamente en el hogar, lo que mejora considerablemente la calidad de atención brindada a este grupo de personas.

Sin embargo, un componente que agrava la situación de los adultos mayores en este contexto, es cuando **no** poseen la enorme ventaja de poseer familiares para que estos los puedan acompañar al Centro de Salud. Esta situación refleja la desigualdad en la que este grupo de personas se encuentra lo que genera un complicado proceso de atención. Así lo reconoce el médico PBA quien nos cuenta lo siguiente:

... ¿un poco de paciencia no?, lo que ellos necesitan es que alguien esté a su cargo de ellos, es que qué pasa, hay familias en las comunidades pero estas familias ya son adultos mayores, ¿qué pasó con los hijos? los hijos se han ido pues a otros lados, a trabajar, estarán en Lima, dónde habrán ido, entonces las personas adultas mayores que están a veces en esas comunidades cómo van a llegar al centro si no pueden ni caminar, desplazarse, qué pasa, llegan sus hijos de lejos, de dónde han estado ahí enterándose. Ya al final de su vida vienen y lo traen al Centro de Salud. Nosotros qué podemos hacer con un paciente que está en los últimos días de su vida, también digamos mandarlos de referencia al hospital nada no, en el hospital me van a rechazar la referencia porque van a preferir a pacientes que necesita una emergencia, que a un poblador de 90, 80 años, eso es la mayoría que pasa acá, lo traen ya en las últimas, tratamos de hacer lo que es esto una medicina digamos paliativa, indicarle algunas cosas al paciente o al familiar si es que lo hace para las curaciones que tenga acá, pero a veces ni lo trae es que son lejos. (Médico PBA, 2023)

Así, la situación de los adultos mayores en este contexto es complicada y cruel. Marcada por las desigualdades, como la lejanía de un Centro de Salud y agravada por la soledad y el abandono. Desde la perspectiva del médico se entiende la condición de los adultos mayores desde el desahucio, hasta una situación terminal. Pero este estado ha tenido que tener un antecedente de dolor y en muchos casos este dolor es de enorme intensidad. En las observaciones que realizamos, pudimos ver muchos casos de personas adultas mayores que presentan un cuadro crónico y severo de escaras. Machaín et al. (2021), precisan que, son conocidas también como úlceras de presión, llagas de daño localizado sobre la piel u otros tejidos circundantes, las cuales son ocasionadas por la

presión o contacto frecuente sobre huesos y otras prominencias del cuerpo. Estas suelen ser particularmente dolorosas afectando la calidad de vida de las personas que las padecen. Y esto es evidente en los usuarios adultos mayores que observamos, pues pudimos notar rostros que evocaban dolor, frustración, sufrimiento constante y desesperanza.

Ahora bien, estas situaciones dolorosas causadas por las escaras son especialmente evitables siempre que se realice un cuidado efectivo en el domicilio de cada usuario (Machain et al., 2021). Pero el abandono y la insuficiencia para el autocuidado desencadenan esta cruel patología. Si consideramos que los usuarios en situación terminal, que nos menciona el médico PBA, han estado postrados por mucho tiempo en cama han sido potencialmente afectados por este dolor. Sin mucho que hacer y marcados por la frustración estas personas llegaron al final de sus vidas.

Ahora bien, en estas circunstancias la atención a estos usuarios parece encontrarse con limitaciones, solamente se curan las escaras y según sea el caso se administran medicamentos. Las referencias hacia un hospital de atención secundaria o terciaria para el usuario que atraviesa esta situación, desde la perspectiva del médico, serían en todo caso infructuosas por el criterio de elegibilidad. Pero lo que marca toda esta situación en última instancia, es la lejanía del Centro de Salud y para estos usuarios la imposibilidad de poder acudir a buscar atención y calmar el dolor a tiempo, para poder alcanzar una vida digna.

3.5.1.2. El caso de las personas con alfabetización insuficiente

Si acercamos la situación de los adultos mayores a la alfabetización, encontramos otro problema importante. Si bien la edad, la soledad y el abandono ya es un agravante, a esto se le suma el hecho de no saber leer ni escribir, lo que puede ocasionar aún más complicaciones importantes. Así lo ha identificado la enfermera MP:

Hay algunos pacientitos, que viven solos, no tienen hijos y vienen del campo, en esos casos pasa eso no entienden los tratamientos, de repente que se le da porque, digamos en una faringitis te dan 21 amoxicilina, 10 por paracetamol, se les explica y ellos también no pueden captar, esa es la dificultad. (Enfermera MP, 2023)

En el testimonio se puede ver la confluencia de los dos aspectos: la soledad o abandono de los ancianos y su complicación para poder entender las indicaciones médicas. Ya sean escaras, faringitis o cualquier otra enfermedad, el derecho de los usuarios por tener un correcto entendimiento de su tratamiento es importante para su bienestar. Así lo reconoce la enfermera y precisamente en esta línea se encuentra la

dificultad para que el usuario pueda entender o “captar” el tratamiento que el médico ha considerado para abordar su casuística específica.

En este caso debemos hacer énfasis en el hecho de que la prescripción de estos medicamentos es un derecho de los usuarios del servicio de salud, Gayoso (2008), señala que acceder a los medicamentos de manera oportuna y eficaz es crucial para salvar vidas, por lo que se considera un derecho humano fundamental y una parte esencial del derecho a la salud. Generalmente, incluso para usuarios alfabetizados, el entendimiento de estas recetas es complicado, y aún más su lectura, este es uno de los aspectos que requieren ser superados dentro del sistema de salud en general. Las causas de estas son varias, puede ser la legibilidad de la letra, tal como reconoce la médico:

..., siempre trato que las recetas, sean con letra legible y entendible ¿no?, con horarios respectivos para que ellos también se adecúen a ello y les haga efecto también el medicamento que se les receta (Médico ICR, 2023)

Es importante destacar en este comentario la eficacia del tratamiento puesto en la receta es determinada por su correcto entendimiento. Entonces, con todo ello presente, veremos a continuación las experiencias de las adultas mayores SN y B quienes no saben leer ni escribir y que han pasado por el servicio de atención médica primaria en el Centro de Salud del distrito de Paruro.

Tanto la señora B, como la señora SN, no han tenido una instrucción primaria completa quedando trunca su formación educativa. B, es la interlocutora que ha tenido mayor apertura para contarnos los motivos que subyacen a su situación. Ella nos cuenta, en una conversación informal²¹, que ha vivido su niñez y parte de su adolescencia, como sirvienta de una familia con alto poder adquisitivo y de renombre en la provincia de Paruro durante, aproximadamente, la década de 1960. Estas personas tenían la creencia absurda de que al “cuidar”, alimentar y dar trabajo a una persona que labora en su domicilio, les daba el derecho de decidir por ella, creencia que rechazamos tajantemente y consideramos que es necesario hacer visibles las consecuencias que han traído este tipo de acciones a sus víctimas, respetando en todo momento su autonomía para recordar estos eventos, garantizando su consentimiento informado y la protección de su identidad.

²¹ Como se trató de una conversación espontánea, esta no pudo ser grabada, sin embargo, se logró apuntar las ideas principales de este discurso en el diario de campo y, con un posterior consentimiento informado de nuestra interlocutora, es presentado en este apartado.

A pesar de haber podido acceder a la escuela primaria del distrito, B, nos cuenta que la mujer —que en aquel entonces era su tutora y esposa del propietario de la casa en la que laboraba— se encontraba siempre renuente negándole su derecho a educarse. Su tutora pensaba que el hecho de saber leer y escribir orientaba a las mujeres a que puedan recibir cartas de jóvenes que las pudiesen pretender románticamente, así como redactar las suyas propias. Por ello B, nunca asistió a la escuela primaria, no aprendió a leer ni escribir, y tuvo que desenvolverse en el transcurso de su vida con esta limitante. Para recibir atención médica, nos narra que siempre ha acudido sola —cuando lo ha necesitado— a los establecimientos de salud, sin embargo, ha requerido de una persona, para que esta le pueda indicar lo que dice en las prescripciones que le daban. Por lo tanto, gracias a la colaboración de una tercera persona, en su experiencia, cada vez que ha necesitado acudir al centro de salud de Paruro no ha tenido que lidiar con el problema de la escritura, gracias a la comprensión de su situación por parte del personal de salud sobre todo de las enfermeras que, como hemos mencionado, son mediadoras interculturales de hecho.

La interrelación entre los actores sociales, en este caso, presenta una experiencia positiva en un primer momento, sobre todo dentro del espacio del Centro de Salud. El problema en B, se encuentra después del proceso de atención médica primaria, cuando tiene que posteriormente volver a recordar la receta emitida por el personal de salud. Si no ha logrado memorizar la prescripción, se genera el requerimiento de contar con alguien más que le ayude a recordar y seguir las indicaciones médicas. Cuando sucede esto B, reconoce que prefiere no volver al Centro de Salud para que le sea interpretada las indicaciones, sino, acude a las farmacias del distrito a realizar esta acción. Debemos resaltar que B, prefiere evitar acudir a la atención médica en el Centro de Salud, ahondaremos en su caso más adelante.

Por otra parte, SN, a diferencia de B, si ha podido acceder al servicio educativo, sin embargo, tal como ella nos ha mencionado su formación no fue completa: “primaria no más hasta tercer, hasta tercer año” (Usuaría SN, 2023). Por ello, tampoco sabe leer ni escribir y su experiencia para entender las indicaciones en la receta implica necesariamente la atención en farmacia y la interpretación por otra persona. Cuando preguntamos si puede entender la receta que le ofrece el médico ella responde de la siguiente manera:

No, apania SIS mana kanchu postapi chay medicina chayka qhomanku recetachata chayka farmaciata riyku chayta leespa qhomanku farmaciapi pero si

es que qan postapi chayka kumaqtinkuq manaya rantiqamuykuchu. (Usuaría SN, 2023)

[No, si es que no hay ni en la posta esa medicina, entonces me dan una recetita, vamos a la farmacia, entonces ellos **leyendo** nos dan en la farmacia, pero si es que en la posta hay esa medicina ya no nos compramos]. (Usuaría SN, 2023)

El enunciado se refiere al acceso a los medicamentos proporcionados por el Seguro Integral de Salud (SIS), en este caso menciona que en la farmacia es el lugar donde se le indica lo que dice en la receta. Pero no se refiere a la farmacia del Centro de Salud, sino a las “boticas”, que se encuentran en diferentes puntos del distrito, sobre todo en los alrededores de la plaza, tal como B, nos había indicado estos suelen funcionar como lugares de interpretación de las prescripciones médicas cuando la explicación no fue suficiente o cuando es necesario una aclaración. En el caso de que no se cuente con los medicamentos requeridos en el Centro de Salud, estos lugares funcionan también como alternativas frente al insuficiente acopio de medicamentos.

Durante nuestras observaciones, pudimos percatarnos del último aspecto mencionado anteriormente. Al ingresar al centro de salud, luego de transitar por la entrada principal que conecta con el exterior, una de las primeras áreas que podemos encontrar es la de farmacia, donde se hace entrega de los medicamentos. El personal que atiende en este lugar son las mismas enfermeras del Centro de Salud, ellas suelen ser las encargadas de volver a explicar las recetas y como ya hemos descrito anteriormente, pueden hablar el idioma quechua, lo que facilita la interacción con los usuarios.

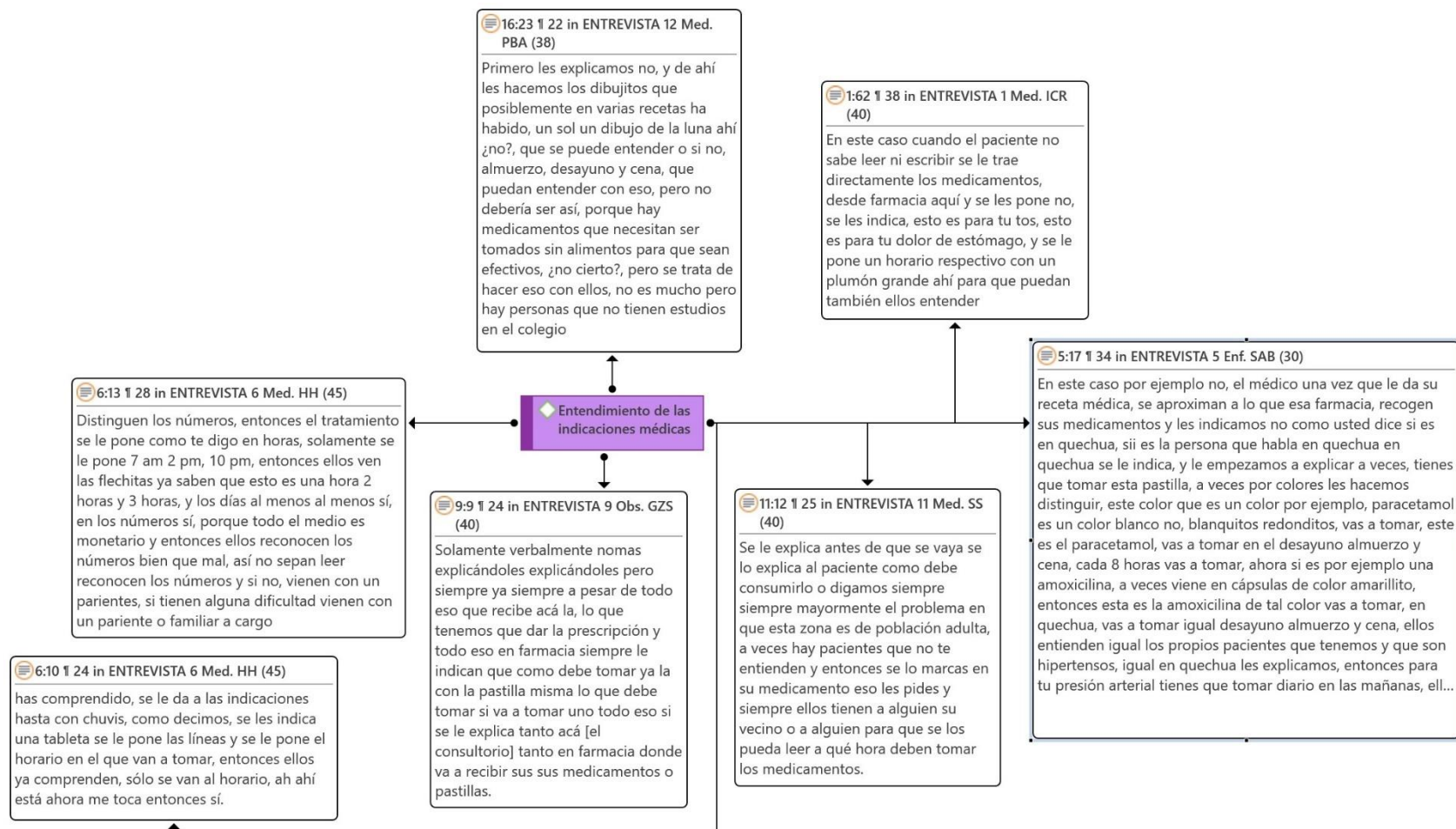
Entonces, a través de una ventanilla los usuarios tienen que mostrar las prescripciones que se les fueron dadas durante las consultas y reciben, en el caso de que haya disponibilidad, los medicamentos requeridos. En este espacio, pudimos notar como la enfermera de turno le explicaba a una mujer que había acudido a que se le entreguen los fármacos que se le había recetado. La enfermera le dice que era necesario que se compre una jeringa de 10 ml, en la cual, se tenía que diluir, en agua fría, lo que se le iba a entregar, “esto se tiene que sacudir, hasta que se asiente, como tierra se asienta”, le dice, mostrándole un pequeño sobre de color blanco, la mujer solo asiente con la cabeza. (Fragmento de diario de campo, 2023), este es uno de los muchos casos que suceden a diario y por evidentes motivos éticos no pudimos acceder a la naturaleza del fármaco. Con base en este caso, decidimos optar por revisar las percepciones sobre las estrategias de adaptación que ha tomado en cuenta el personal de salud para poder facilitar el entendimiento a este tipo de usuarios y usuarias que no saben leer ni escribir.

Debemos especificar que, los consultorios son el primer espacio en donde los usuarios reciben las indicaciones necesarias de los medicamentos recetados. Posteriormente, encuentran otra posibilidad de interpretación en el área de farmacia o donde este una enfermera.

Con la finalidad de poder entender de manera integral los testimonios del personal de salud entrevistado, presentamos la siguiente red, la cual proviene de la codificación de la categoría “entendimiento de las indicaciones médicas”, este fue una categoría de tipo emergente que surgió durante el proceso de codificación inductiva.

Figura 8

Red de enunciados asociados a la categoría Entendimiento de las indicaciones médicas



Nota. Elaboración propia en el *software Atlas.ti 9*

El esquema anterior, muestra las diferentes estrategias que adopta el personal de salud para que los usuarios no alfabetizados puedan acceder a los medicamentos a partir de una prescripción o receta médica. Es importante tener en cuenta que la emisión de una receta por parte del médico u obstetra es un requisito obligatorio, ya que sin ella no es posible dispensar los medicamentos necesarios para el usuario.

Sin embargo, a pesar de que es potestad exclusiva del médico u obstetra emitir recetas, según pudimos apreciar, garantizar su entendimiento es una labor que le corresponde también a las enfermeras.

El cumplimiento de los horarios establecidos para el consumo de ciertos medicamentos es crucial para asegurar su eficacia. Entonces, resulta importante la descripción de las estrategias de los médicos para asegurar este aspecto. Lo expresado por el médico HH, señala que los usuarios no alfabetizados pueden distinguir números, su comprensión de este aspecto deriva de asumir que los usuarios han aprendido por experiencia en el escenario mercantil a reconocer las grafías de los números, por lo que su entendimiento, aunque reconoce que limitado, es viable. En este contexto, el mecanismo se resume a asegurar “con líneas” la correspondencia de un medicamento a un horario específico. Aquí aparece la categoría “chuvís”, este término es utilizado en el contexto boliviano, donde el médico HH ha cursado sus estudios en medicina, y se refiere a aquello que ha sido hecho con mucho detalle (Asociación de Academias de la Lengua Española, 2010), se utiliza generalmente para explicar o hacer entender algo de forma que sea muy fácil de comprender. Por lo que, la estrategia en este caso se fundamenta en el detalle, se manifiesta un entendimiento de la situación de los usuarios, pero puede estar dejando de lado a personas que no necesariamente pueden reconocer números.

Otro recurso que se debe destacar es el de tipo iconográfico expresado por el médico PBA. Según corresponda la hora del día, el médico precisa de realizar dibujos en la receta que corresponden a elementos visuales que representan una fase del día, como o la luna, o platos de comida para indicar que el medicamento debe ser consumido después de los alimentos. En este caso el recurso es muy intuitivo y creativo y puede garantizar un acceso correcto sobre todo a las personas con verdaderas dificultades para entender letras y números.

Luego, se encuentra el recurso de la explicación verbal acompañado de una explicación con los medicamentos presentes. Las médicas SS e ICR hacen uso de este recurso, la primera de ellas lo complementa marcando el medicamento que debe consumir, esto implica que lleva el medicamento de farmacia al consultorio para realizar

este procedimiento y asume el apoyo de algún vecino que pueda ayudar al usuario como intérprete. La médico ICR realiza algo similar, llevando los medicamentos al consultorio y haciendo uso de un plumón para poder marcar los horarios. Ambas, buscan asegurar que el usuario entienda la prescripción haciendo que este se pueda familiarizar con la presencia física de los medicamentos en la consulta.

Por último, el testimonio de la enfermera SAB, conviene citarlo en su integridad: En este caso por ejemplo no, el médico una vez que le da su receta médica, se aproximan a lo que esa farmacia, recogen sus medicamentos y les indicamos no como usted dice si es en quechua, si es la persona que habla en quechua en quechua se le indica, y le empezamos a explicar a veces, tienes que tomar esta pastilla, a veces por colores les hacemos distinguir, este color que es un color por ejemplo, paracetamol es un color blanco no, blanquitos redonditos, vas a tomar, este es el paracetamol, vas a tomar en el desayuno almuerzo y cena, cada ocho horas vas a tomar, ahora si es por ejemplo una amoxicilina, a veces viene en cápsulas de color amarillito, entonces esta es la amoxicilina de tal color vas a tomar, en quechua, vas a tomar igual desayuno almuerzo y cena, ellos entienden igual los propios pacientes que tenemos y que son hipertensos, igual en quechua les explicamos, entonces para tu presión arterial tienes que tomar diario en las mañanas, ellos ya saben ya algunos ya, por ejemplo pacientes hipertensos ya son continuadores ya cada vez vienen, a recoger sus medicamentos, y ya saben cómo tomar pero de todas maneras igual les volvemos a recalcar (Enfermera SAB, 2023).

Aparece, como mencionamos con anterioridad la figura de la farmacia como espacio donde se suelen volver a explicar las prescripciones médicas. La estrategia utilizada en este caso, tiene que ver con la asociación de colores con el medicamento en cuestión. La ventaja que tienen las enfermeras es su dominio del idioma quechua lo que les permite explicar de mejor forma y de manera más precisa las indicaciones que contienen horarios, cantidad, tipo de medicamento, entre otros que figuran en una receta.

Entonces, en esta sección hemos precisado el aspecto del entendimiento de las prescripciones médicas que ocurre en la interrelación entre el personal de salud y los usuarios del Centro de Salud. Dicha situación está marcada por las diversas estrategias que los médicos han podido desarrollar desde su experiencia en consulta médica. Estas son variadas pues no existe —o en todo caso es difícil de encontrar— un procedimiento técnico normativo para actuar en estos casos, por lo tanto, la evaluación de la pertinencia

cultural dirigida hacia una interculturalidad positiva es un asunto complicado por la diversidad de mecanismos de acción de los agentes de salud oficial. En todo caso, una tendencia general, es que se evidencia una búsqueda por el bienestar del paciente que se traduce en el funcionamiento correcto de los tratamientos recetados. Además, se entiende que sus circunstancias de formación educativa pueden derivar en complicaciones en su salud debido a un insuficiente entendimiento del tratamiento médico.

3.5.1.3. Los carteles informativos

Una forma de comunicación escrita en el Centro de Salud son los carteles informativos que se encuentran dispuestos en diferentes áreas del establecimiento. Sin embargo, desde nuestras observaciones hemos podido notar que estos no son tomados en cuenta por los usuarios.

La mayoría de los carteles en el Centro de Salud contienen información relacionada a la promoción de la salud en diferentes aspectos y la difusión de los derechos de los usuarios. La mayoría de los carteles están escritos en español y en ciertos casos en un material que por el desgaste del tiempo ha hecho que se dificulte su lectura:

Figura 9

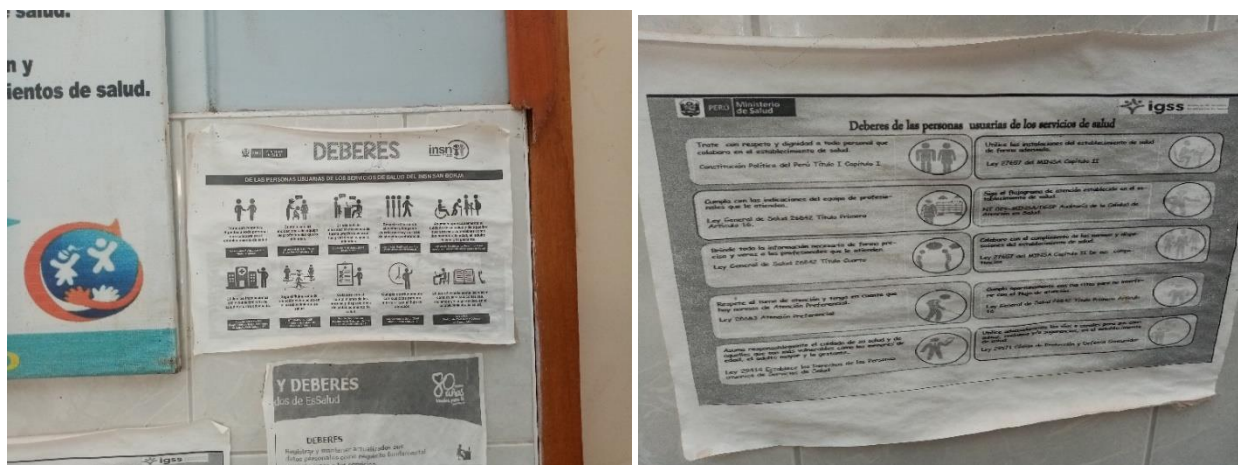
Cartel derechos y responsabilidad de los usuarios del servicio de salud



Nota. Fotografías tomadas por el investigador durante el trabajo de campo

Figura 10

Carteles sobre deberes de los usuarios



Nota. Fotografías tomadas por el investigador durante el trabajo de campo

Destacamos estos carteles pues presentan información importante para la interrelación. En la figura, se destacan los derechos de los usuarios, entre los que se mencionan el trato digno, la libre información sobre planificación familiar, el derecho a recibir atención en el idioma en el que el usuario pueda entender, la atención libre de discriminación, el derecho a recibir recetas claras.

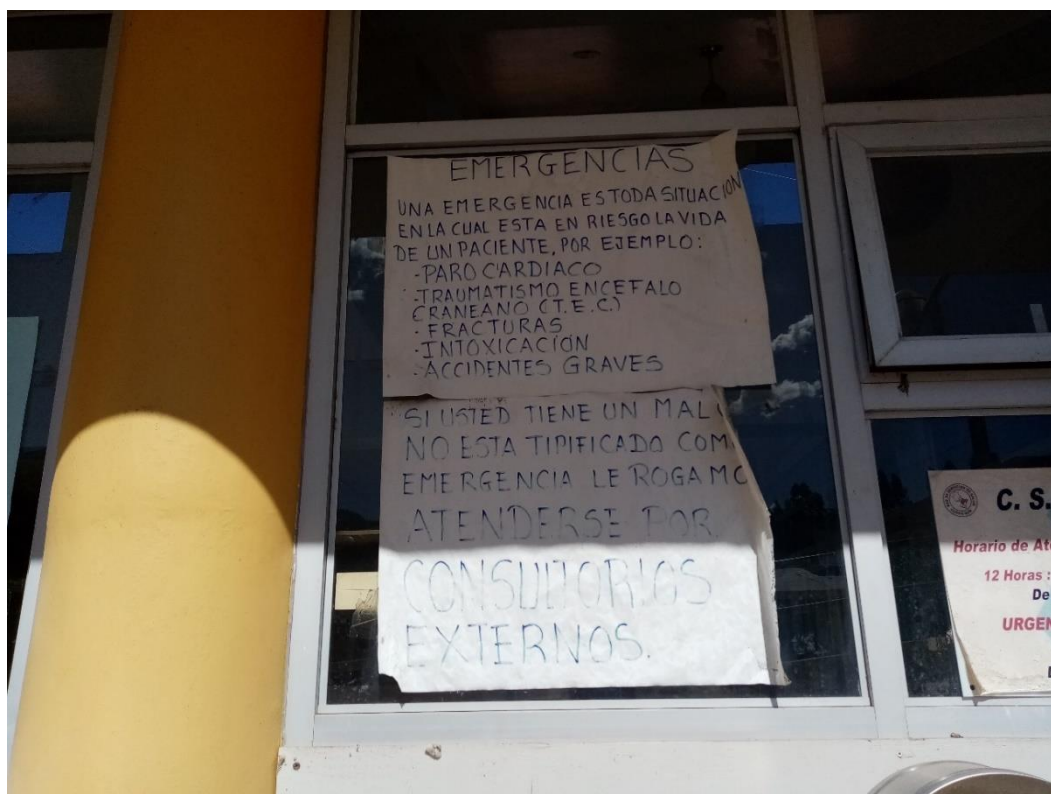
Toda esta información es de suma importancia para los usuarios, sin embargo, hemos podido notar que estos no le prestan ninguna atención. De manera que, estos carteles no cumplen la función informativa para los que fueron puestos ahí.

La figura 11, presenta carteles impresos en hojas de papel bond, al momento de la fotografía, ya bastante desgastadas, en los que se aprecian los deberes de los usuarios. Entre los que se menciona, el trato con respeto, cumplir las indicaciones del médico, brindar la información necesaria, seguir el flujograma de atención, entre otros, que de la misma manera y por el propio estado del cartel son ignorados por los usuarios.

En todo caso, hemos podido notar que la falta de consideración de los carteles informativos ha traído consecuencias en la interrelación, pues el médico HH nos comenta que los usuarios no saben distinguir entre emergencia y urgencia y esto ha generado algunos conflictos. Por ejemplo, la exigencia de una atención inmediata depende de si esta es una emergencia o urgencia, esta información esta puesta a la entrada al establecimiento, aunque no de manera óptima por el material y el desgaste de este:

Figura 11

Cartel informativo sobre emergencias



Nota. Fotografía tomada por el investigador durante el trabajo de campo

Lo expuesto en los carteles describe los criterios que definen una emergencia. Cuando se cumple alguno de ellos, la atención del usuario se prioriza y se busca abordar de manera rápida la situación por estar en riesgo la vida. El médico HH, nos cuenta que esta información, no es tomada en cuenta por el usuario y estos suelen considerar a ciertas urgencias —es decir, situaciones donde no está en riesgo la vida del paciente y que deberían ser atendidos en consultorios externos— como si se trataran de emergencias:

Pero la paciente... es una emergencia, qué es una emergencia, la miro y está tosiendo, esa no es una emergencia, es una urgencia y puedes esperar 30 minutos, a que venga la doctora porque va a venir un poquito más temprano y te va a atender. (Médico HH, 2023)

La molestia del médico, en este caso, está relacionada a la falta de entendimiento en el usuario de aquello que es o no es una emergencia. Su malestar se asocia a que al insistir en que es una emergencia su turno se alargará hecho que le produce una gran incomodidad.

En definitiva, ambas perspectivas en la experiencia del médico se comprenden desde distintos puntos de vista. En el curso de nuestras observaciones en el Centro de

Salud, hemos presenciado algunas emergencias y urgencias. Estas están caracterizadas por la presencia de un dolor importante, hecho que orilla al usuario o a sus familiares a exigir —muchas veces de manera desesperada e insistente— atención médica. Desde la óptica del usuario y de sus familiares, en vista de su dolor, importa poco si se trata o no de una emergencia o de la situación en la que está el médico. Por su parte, el médico considera que una urgencia puede esperar, su turno ha acabado luego de una cansada jornada de trabajo y el próximo médico de guardia será el encargado de atender al usuario.

Esta diferencia de perspectivas que genera un choque, resalta la necesidad de una mayor difusión con pertinencia cultural —que trascienda lo escrito— de los criterios para que un caso sea considerado emergencia. Y, además, se aprecia un aspecto negativo en la comunicación intercultural pues, se presenta un conflicto en el manejo adecuado de las expectativas y de las realidades en el entorno de la atención médica primaria.

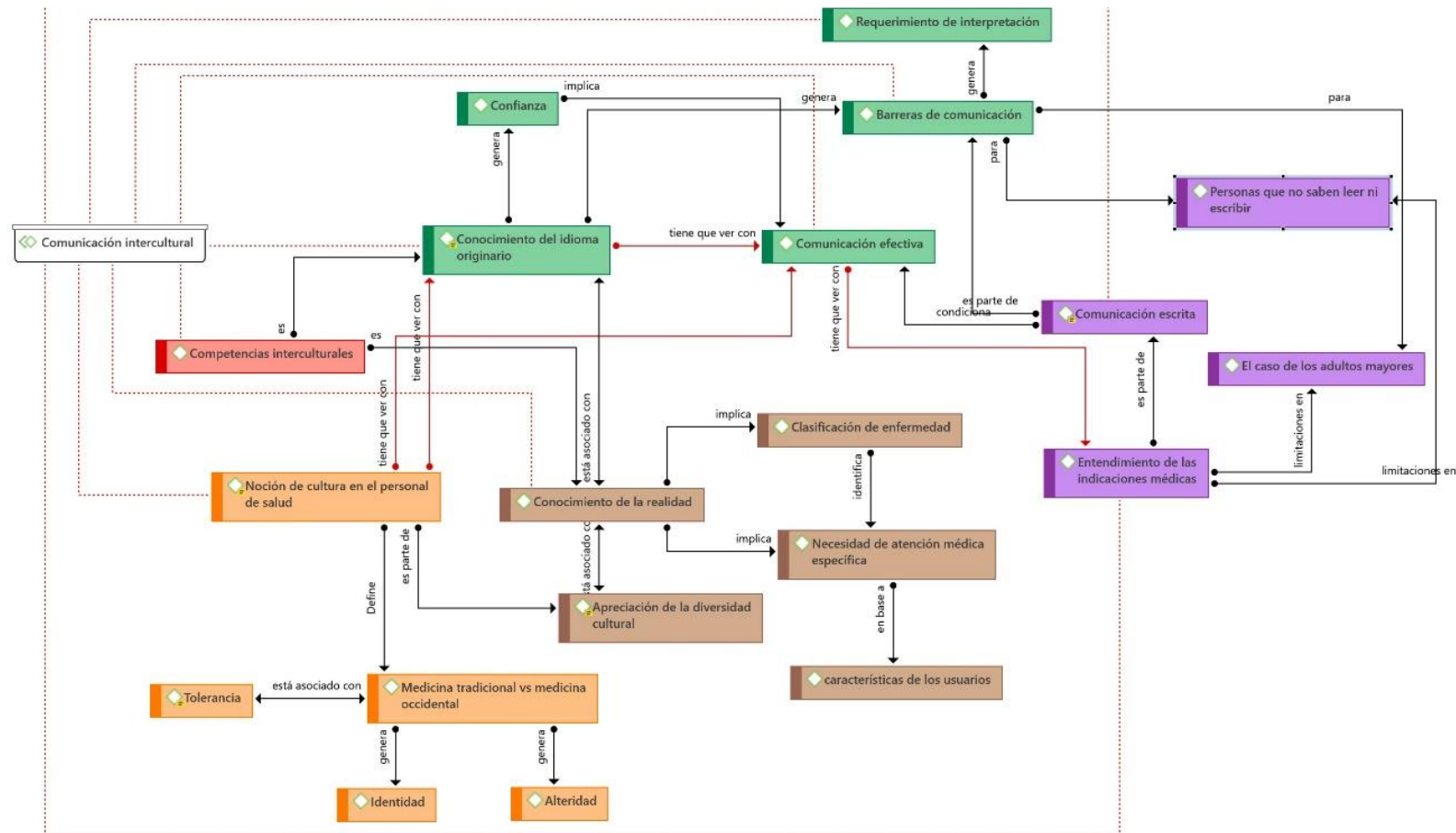
Por lo tanto, los carteles no cumplen plenamente con su función informativa en el Centro de Salud, ya que su presencia suele ser poco valorada o tratada con indiferencia. En consecuencia, es necesario considerar la posibilidad de modificarlos o implementar otros mecanismos que permitan a los usuarios acceder a información relevante de manera más efectiva.

3.6. Balance del capítulo

En este capítulo, hemos explorado diversas categorías relacionadas a las dinámicas y competencias en la atención en salud en un contexto intercultural, destacando tanto desafíos como actitudes importantes que reflejan una apertura y tendencia a la pertinencia cultural. A lo largo de este análisis hemos podido dar cuenta de elementos que configuran la complejidad de la interrelación entre el personal de salud y los usuarios.

La siguiente red presenta un panorama general del capítulo:

Red del tema competencias comunicativas interculturales



Nota. Elaboración propia en el *software Atlas.ti 9*

*Cada color representa un grupo temático específico detallado en el capítulo

Uno de los primeros aspectos que hemos identificado en el discurso del personal de salud en una noción de cultura que se limita a aspectos materiales o simbólicos. Esta visión da lugar a una serie de categorizaciones que reflejan cómo el personal de salud entiende el contexto intercultural. Una de estas categorizaciones es la distinción entre la medicina tradicional y la biomedicina, que, en líneas generales, moldea la interrelación entre los trabajadores de salud y los usuarios. En esta diferencia de categorías, se enfatizan las diferencias en los insumos utilizados, sin considerar las distintas cosmovisiones o formas de interpretar la realidad. Este enfoque ha generado una identidad y una alteridad, donde el Centro de Salud y sus tratamientos se perciben como “lo propio”, mientras que los insumos, prácticas y agentes de la medicina tradicional, asociadas a los usuarios, se ven como “lo otro” expresada desde su cultura. Aunque se ha adoptado una actitud de tolerancia y respeto hacia lo que el otro expresa desde su cultura, no se ha logrado un verdadero enriquecimiento mutuo, ya que las diferencias se mantienen. Siguiendo la propuesta de Albó (1999), aunque esto representa un primer paso hacia la interculturalidad positiva, aún no se ha alcanzado un escenario en el que ambas partes obtengan un beneficio mutuo pleno.

Luego, en función de la clasificación anterior, las nociones de identidad y alteridad, se trasladan al entendimiento del contexto intercultural. Desde la perspectiva del personal de salud en este escenario existe una serie de diferencias y desigualdades, que caracteriza a los usuarios pero que también los coloca en una situación de desventaja en diferentes aspectos. Uno de los ejemplos expresados más notables, es la diferencia de patologías que surgen a partir de las diferencias circunstanciales entre “el campo” y “la ciudad”. De esta manera, desde la óptica del personal de salud, en el campo, la desigualdad, marcada por la pobreza y el extenuante trabajo, son generadoras de enfermedades específicas percibidas en la región, como la desnutrición, la anemia, las lumbalgias, los dientes frágiles en los niños, entre otras. Por lo que, se ha podido notar una asociación importante entre la diversidad cultural y la desigualdad económica. Frente a ello, se ha reconocido que el otro requiere una atención específica a sus necesidades, no solo culturales, sino también a aquellas derivadas de la pobreza.

Ahora bien, una vez establecidas las necesidades específicas y las características en diversos aspectos, tanto culturales, como patológicas, surge la categoría de comunicación intercultural efectiva. Se trata de una macrocategoría que engloba a otras subcategorías específicas, este posee un enraizamiento alto junto a categorías relacionadas como el conocimiento del idioma originario. Tal como señala el siguiente

diagrama de Sankey, donde se evidencia un gran flujo de información en las categorías de comunicación efectiva, comunicación escrita y conocimiento del idioma originario, sobre todo al grupo del personal de salud:

Figura 13

Diagrama de Sankey de los temas Conocimiento del idioma originario, comunicación escrita y comunicación efectiva



Nota. Elaborado en el *software Atlas.ti*

En primer lugar, desde la perspectiva del personal de salud se puede apreciar la percepción de un intento y apertura constante por comunicarse con el usuario en el idioma quechua. A pesar de que, en el caso de los médicos, el conocimiento del idioma originario de los usuarios es de regular a limitado, se reconoce una apertura a la adecuación de la atención médica en quechua. Así, se reconoce una importancia del idioma que puede repercutir incluso en la salud de los usuarios. Desde la perspectiva de los usuarios, se han podido describir tres tipos de percepciones: una primera que evidencia un entendimiento adecuado y se reconoce que el personal de salud domina el idioma quechua; una segunda donde el idioma quechua no parece ser una condicionante en la atención médica, a pesar de ser valorado como parte de la identidad; y, una tercera, donde la experiencia escuchada o vista del usuario, genera una inconformidad de las competencias idiomáticas en el personal de salud.

Empero, a pesar de la actitud de apertura del personal de salud, el regular conocimiento del idioma quechua, genera ciertas barreras. La causa entonces se encuentra más allá de la actitud del personal de salud, en una dimensión institucional pues, la revisión de las mallas curriculares de instituciones educación de superior en el Cusco ha revelado que el tiempo de aprendizaje del idioma quechua de los futuros profesionales de la salud no es el suficiente y en ciertas ocasiones ni se considera una asignatura dedicada

a la enseñanza del idioma quechua. Las barreras condicionan un entendimiento completo de lo que quiere decir y expresar el paciente sobre su estado de salud. Por lo que, en ocasiones es necesaria la presencia de un tercero que pueda servir de traductor.

Estas barreras resultan preocupantes, pues se ha podido identificar y describir la relación que existe entre el uso del idioma quechua y la confianza generada en los usuarios. En este sentido, la confianza es uno de los aspectos que posibilitan una atención médica de mayor calidad gracias a la generación de una gran comodidad para el paciente quechua hablante al momento de expresar su sintomatología.

En vista de la importancia del idioma quechua y de las barreras generadas por su insuficiente dominio, aparecen las enfermeras como mediadoras interculturales de hecho que en cierta medida coadyuvan a mejorar la situación en el Centro de Salud. Esto quiere decir que, sin haber recibido capacitación ni promoción de habilidades para la mediación intercultural por parte del estado, estas agentes de salud cumplen dicha labor. Y su trabajo de mediación no solamente se relaciona a la interpretación del idioma quechua, sino que, al haber nacido en el mismo distrito son conocedoras de las diferentes realidades del lugar y comparten la identidad y la manera de ver la realidad con los usuarios. Su función es de singular importancia en el funcionamiento del Centro de Salud, pues permiten tender puentes para superar, en ciertas circunstancias, las barreras idiomáticas entre médicos y usuarios.

Por último, algunas características de los usuarios han sido un factor que también han generado limitaciones, sobre todo, en el entendimiento de indicaciones médicas. Un primer caso es el de los adultos mayores, quienes a causas de su avanzada edad tienen problemas importantes para poder entender las recomendaciones orales del médico, las prescripciones escritas y movilizarse para recibir atención médica. Frente a esto, el personal de salud exige el acompañamiento de los familiares, pero también se reconoce que algunos ancianos se encuentran solos o en situación de abandono. A causa de ello, la situación de este grupo de personas vulnerables se complica aún más, generando condiciones dolorosas como las úlceras por presión. Finalmente, al no poder movilizarse para recibir atención médica, llegan al final de sus días al Centro de Salud donde no queda de otra para el personal médico que brindar medicina paliativa o curaciones según sea el caso. Por lo que, el enfoque intercultural de la misma manera que reconoce necesidades específicas para personas quechua hablantes, también debe reconocer que muchas de estas personas atraviesan circunstancias que complican su acceso a la salud.

Junto a todo ello, la insuficiente alfabetización es otro factor importante que atraviesan las personas adultas mayores. Esta situación condiciona su entendimiento de un recurso importante y obligatorio en el proceso de atención médica primaria: las recetas. Estas al ser brindadas de forma escrita no son entendidas por los usuarios que no saben leer ni escribir. Para hacer frente a esta situación el personal de salud ha recurrido a diferentes estrategias, como el uso de recursos iconográficos, marcar medicamentos, explicar los horarios trayendo los medicamentos de farmacia. Por su parte, desde la experiencia de los usuarios hemos identificado que aparecen las boticas como puntos de interpretación de recetas médicas y de acopio de medicamentos que no están disponibles en el Centro de Salud.

En esta forma de comunicación escrita, también se presenta una problemática con el acceso a la información que se encuentra presente en los carteles informativos. Estos son generalmente dejados de lado por los usuarios y como consecuencia pueden no entender algunos aspectos clave relacionados a sus derechos y deberes y a la tipificación de una emergencia. Precisamente este último aspecto ha traído incomodidad en el personal médico, ya que algunos usuarios exigen atención inmediata confundiendo una situación de emergencia con otra de urgencia.

Como balance general de este capítulo establecemos que existe una actitud de apertura por parte del personal de salud y de consciencia de la diferencia y de las desigualdades que atraviesan los usuarios. Sin embargo, las limitaciones del idioma y de la comunicación escrita han presentado desafíos importantes en la interrelación. A pesar de que se han generado, desde la experiencia cotidiana, mecanismos para hacer frente a estas situaciones, queda claro que aún se requiere una mejora en las capacidades del personal de salud.

CAPÍTULO IV

LAS RELACIONES DE PODER EN LA INTERRELACIÓN ENTRE EL PERSONAL DE SALUD Y LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE ATENCIÓN MÉDICA PRIMARIA: HEGEMONÍA Y SUBALTERNIDAD

Una de las características que emergen de las interrelaciones interculturales de hecho son las relaciones de poder entre los actores sociales en este proceso (Tubino y Flores, 2020). Como hemos visto en el capítulo anterior, dichas interrelaciones se ven atravesadas en primera instancia por ciertas competencias interculturales fundamentales. Sin embargo, es posible notar también algunos aspectos relacionados al ejercicio del poder, que describiremos desde las categorías de hegemonía y subalternidad.

Tomando en cuenta la propuesta de la diglosia lingüística propuesta por Albó (1999) y desarrollada por Tubino y Flores (2020), para describir la interculturalidad de hecho, podemos establecer una situación de asimetría en el escenario de la atención médica primaria. Como se ha mencionado, la diglosia lingüística, es resultado de una situación de desigualdad multidimensional que considera una serie de aspectos de tipo económico, político, social y cultural. En la cual una lengua hegemónica se encuentra marcada de prestigio en diversas funciones públicas; frente a, una lengua subalterna, desprestigiada que es dejada de lado por no garantizar el acceso al mundo social y ciertos derechos fundamentales.

Tomamos, la propuesta teórica de la diglosia y la trasladamos a la dimensión epistémica de la salud en el cual la medicina oficial institucionalizada —o, modelo médico hegemónico— adquiere una posición hegemónica, válida y pública que se ve expresada en las diversas percepciones del personal de salud. Y, por su parte, la medicina tradicional y otras formas de autocuidado de la salud, utilizada sobre todo por los usuarios, asume una posición subalterna. Ambas categorías caracterizan la interrelación entre ambos actores y modos de ver la realidad, pero debemos precisar que nunca de una manera uniforme o purista, sino que, con marcados matices, contrastes y convergencias.

En el capítulo anterior, dimos cuenta de la situación lingüística donde precisamos algunos aspectos relacionados al idioma, la pertenencia cultural de este y ciertas actitudes de apertura por parte del personal de salud, este es un primer acercamiento a la interrelación intercultural de hecho en este espacio. En este caso, agregamos la dimensión hegemonía epistémica de la salud, desarrollada en la teoría del modelo médico hegemónico propuesta por Eduardo Menéndez (2020a) quien propone que este modelo asume una postura biologicista, individualista e impositiva con una tendencia a

subordinar otros saberes y formas de entender la salud y la enfermedad a los que denomina modelos médicos subalternos, haciendo énfasis en que son varios productos de la diversidad cultural característica de las sociedades humanas.

En el Centro de salud, a pesar de la actitud de apertura al idioma quechua, se puede apreciar una dinámica en la cual el modelo médico hegemónico, tiende a imponerse a menudo, tanto de forma explícita, como implícita sobre los saberes tradicionales de la población. Este escenario de interacción, da lugar a una relación asimétrica en la que existe una tendencia a la subalternización de los usuarios. Si bien se presenta esta tendencia, existen también, reacciones contrahegemónicas en el cuidado de la salud; aunque, debido a la naturaleza diglósica de la interrelación, sucede sobre todo en el ámbito doméstico o privado.

En este capítulo describiremos cómo estas relaciones de poder se configuran, son percibidas de distintas formas y se manifiestan en la atención médica primaria. Destacamos tanto momentos de tensión, como algunos tipos de negociaciones, así como también diferentes estrategias que ambos actores han empleado en su cotidianidad en un escenario intercultural complejo. En el apartado de subalternidad describiremos las perspectivas de los usuarios sobre el modelo médico occidental, el cuales no siempre logra adecuarse y articularse de manera eficaz a las cosmovisiones y prácticas tradicionales de los usuarios.

4.1. La situación de hegemonía

Como se ha mencionado, el grupo hegemónico está representado por el personal de salud. Adquieren esa posición, no solamente debido a las características del modelo médico con el que laboran, sino también, por la investidura de ser considerados los profesionales encargados de salvar vidas y de mitigar el dolor en la gente. Con esto en cuenta, se han generado percepciones diversas y experiencias que dan cuenta de la situación de hegemonía.

Entendemos a la hegemonía, desde una perspectiva gramsciana, como la dirección ideológica de un grupo sobre otro, a partir de la capacidad de convencimiento que genera el consenso con el grupo subalterno (Pizza, 2006; Varesi, 2016). En este caso, la hegemonía del modelo médico hegemónico prevalece, desde la perspectiva del personal de salud, como la principal y, muchas veces, como la única forma de abordar la salud y la enfermedad.

A continuación, daremos cuenta de cómo este predominio se traduce en ciertas percepciones en las cuales se busca, de forma consciente o inconsciente, la imposición de prácticas médicas y enfoques sobre la salud.

4.1.1. *Medicina tradicional versus biomedicina o medicina científica*²²

¿Complementariedad o predominio?

Como hemos mencionado en el capítulo anterior la distinción entre medicina tradicional y biomedicina o científica configura la interrelación entre el personal de salud y los usuarios. En este sentido, se reconocen formas de tratamiento diferentes a las ofrecidas en el Centro de Salud. Empero, este reconocimiento no implica que se le asigne el mismo valor o eficacia con respecto a la medicina tradicional.

En este orden de ideas, la medicina tradicional, reconocida como práctica “otra” y asociada sobre todo a “insumos naturales”, adquiere una función relacionada a complementar tratamientos médicos occidentales. Si bien esto implica una posición de tolerancia y respeto, no garantiza una articulación que resulte enriquecedora para ambos actores sociales. Es decir, se reconoce cierta eficacia, pero solamente en aspectos de tipo secundarios y en abordajes “sencillos”.

Es necesario mencionar que, en más de una ocasión, se presentan testimonios opuestos enunciados por un mismo actor social, estos dan cuenta de percepciones ambivalentes. En el caso del personal de salud se aprecia que las percepciones no son uniformes, en lugar de ello, reflejan una negociación constante entre la apertura hacia la articulación de la medicina tradicional de los usuarios y la adherencia a las normas biomédicas del modelo médico hegemónico. El caso de los usuarios será abordado con mayor especificidad en el apartado dedicado a la subalternidad, pero, a diferencia del personal de salud, el uso de la medicina tradicional suele ser la primera opción de tratamiento, y la biomedicina es considerada como la opción de última instancia.

4.1.2. *El predominio del modelo médico hegemónico*

En este caso, nos referimos al predominio de la práctica médica occidental, a pesar de que se reconoce la diversidad cultural manifestada en la medicina tradicional. Dicho predominio se relaciona con la eficacia que se asigna al modelo médico hegemónico. El hecho del predominio de este modelo, es explicado desde la teoría de Menendez (2020a),

²² Consideramos en este caso a la biomedicina o medicina científica como la categoría que describe prácticas médicas específicas. A diferencia del modelo médico hegemónico, el cual es una categoría que expresa la forma dominante de la biomedicina.

desde la cual se propone que una de las características fundamentales de la forma en que se atiende la salud es el insistente y marcado interés por lo clínico y lo biológico. Por consiguiente, desde estas formas de abordar las enfermedades, todos aquellos saberes y prácticas que no cumplan con estas características no son consideradas eficaces y por lo tanto pueden ser riesgosas para el usuario.

Como ya hemos precisado el personal de salud le otorga cierto grado de eficacia a la medicina tradicional, sin embargo, sigue siendo evidente el predominio del modelo médico hegemónico. Por ejemplo, en el marco de la atención obstétrica, la presencia de la medicina tradicional y su uso por parte de las usuarias es prohibida por la obstetra, a pesar de ser parcialmente reconocida en un principio:

Yo como personal, no estaría de acuerdo casi, porque..., en sí, a veces podría ser ¿no?, pero no, yo no estoy de acuerdo completamente con eso porque hay que saber cuándo tomar, no lo puedes tomar por tomar, entonces, hay pacientes que se toman y que hacen, a veces lo que pasa es que hacen una hiper dinamia, entonces cuando están en contracciones y para dar su parto entonces empieza el útero a cansarse y trabajar mucho, entonces, qué pasa, pueden pasar muchas cosas ¿no?, una rotura uterina una precipitación, entonces nosotros por ejemplo, indicamos que no tomen nada acá indicamos que no porque tú sabes en cualquier momento el parto se puede complicar, están yendo bien y de un momento a otro, el parto se complica, entonces ahí es el problema, no les indicamos nada, pero sí, cuando están acá sobre todo en proceso de dilatación, sobre todo las que quedan en casa materna ahí así podemos inducirle sobre todo, pero ya viendo en qué dilatación está, ahí si nosotros le podemos decir entonces pueden tomar un matecito caliente o un matecito de manzanilla, con esas cositas. Pero así por así, no, no me parece que ellos tomen así, a veces pues toman solas sin supervisión de nadie y no me parece. (Obstetra, GSZ, 2023)

...entonces ahí es el problema, no les indicamos nada, pero sí cuando están acá sobre todo en proceso de dilatación, sobre todo las que quedan en casa materna hay así podemos inducirle, sobre todo, pero ya viendo en qué dilatación está ahí si nosotros le podemos decir entonces pueden tomar un matecito caliente o un matecito de manzanilla con esas cositas, pero así por así no, no me parece que ellos tomen así, a veces pues toman solas sin supervisión de nadie y no me parece. (Obstetra GSZ, 2023)

Se observa que la obstetra reconoce de manera limitada el uso de medicina tradicional, considerándola como peligrosa en ciertas etapas del parto, ya que podría complicar el proceso. Este reconocimiento parcial, está condicionado por la necesidad de supervisión médica para evitar riesgos a la gestante. La obstetra es enfática en que el tratamiento tradicional solo debe ser administrado bajo la estricta vigilancia de un profesional de la salud, para garantizar la seguridad del paciente.

Precisamente, garantizar la seguridad y, por tanto, el bienestar del paciente, es uno de los principales valores que hemos podido observar en la totalidad del personal de salud entrevistado. Por ello mismo, es que al considerar una eficacia mayor a los conocimientos y prácticas de la medicina alopática se genera la percepción de predominio de este tipo de enfoque de la salud. Y, en oposición, como vimos en el testimonio, la medicina tradicional debe ser supervisada por agentes médicos occidentales. No se observa una integración de agentes de salud tradicional, como las parteras, sino que solamente se tolera parcialmente el hecho del uso de medicina tradicional debidamente supervisada.

Así, se presenta una percepción de la medicina tradicional desde el marco de interpretación del modelo médico hegemónico que predomina como el más seguro y eficaz. En el contexto de la interrelación entre el personal de salud y los usuarios, esto implica una actitud de tipo prohibitiva en el marco de la atención obstétrica y en el proceso de control prenatal que se realizan las gestantes.

De la misma manera, podemos evidenciar una postura relacionada a la complementariedad de los tratamientos, pero en ámbitos secundarios. Se muestra cómo se percibe la medicina tradicional con respecto a la biomedicina, haciéndose evidente la superposición de la opción biomédica:

Bueno, todos los medicamentos salen de plantas, por tal las plantas las tenemos aquí, algunas tienen beneficios, se ha visto durante parte de nuestro estudio de formación, al menos como..., se ha tocado como en charlas y todo lo demás. Entonces, sí, por ejemplo, no quieren tomar una pastilla como tal y no pueden dormir, entonces les puedes indicar un matecito de lechuga, qué es lo mismo..., deriva de ahí el Diazepam, entonces, es prácticamente lo que les estás dando. Al menos en tratamientos de nutrición son de esfuerzo físico cosa que no hacen, a veces hacer esfuerzo físico ellos de cuando en cuando, cuando es la siembra van y tiran la cosecha y ellos piensan que están haciendo eso pero no es constante, entonces su colesterol se le sube su glucosa, comen mal, no se alimentan bien, entonces, se les indica como tal y parte de semillas para que puedan ingerir aparte,

y se le considera como medicina tradicional también, se va de la mano al menos en nutrición y en ciertas cositas, no podemos desligarnos tampoco en forzarles tampoco a que netamente sean medicamentos, cosas que se pueden ayudar sencillamente con algo tan fácil de tomarte un mate, o ingerir diario una cierta semilla o fruta. (Médico HH, 2023)

Como habíamos especificado en el capítulo anterior, la medicina tradicional, se entiende y relaciona con lo natural y en este caso, aparece como una alternativa complementaria a la biomedicina. Sin embargo, nuevamente, esta es entendida dentro del marco de interpretación de los tratamientos occidentales. Así, el equivalente de un medicamento podría encontrarse en su variante natural y por ende tradicional, pero el predominio del tratamiento es particularmente occidental. Entonces, esta actitud refleja una percepción en la cual la medicina tradicional adquiere legitimidad, únicamente, cuando puede ser reflejada o equiparada en términos y conceptos de la biomedicina.

Por otro lado, hace referencia al ejercicio físico, señalando que sus pacientes parureños suelen descuidar hábitos saludables, lo que ocasiona problemas de salud relacionados al colesterol y elevados índices de glucosa. El médico entiende que los alimentos propios del contexto —entendidos como “naturales” y de ahí su relación con la medicina tradicional—, pueden ser una opción importante para combatir enfermedades crónicas porque coadyuvan a la prevención y a la regulación del organismo.

Debemos destacar que se evidencia una disposición a no obligar a los usuarios a tratarse únicamente con biomedicina. No obstante, la valoración de la medicina tradicional, sigue subordinada al marco del modelo médico hegemónico occidental. Es decir, aunque se admite que los alimentos naturales/tradicionales pueden ser beneficiosos en ciertos casos, el médico parece verlos solo como un complemento que como un tratamiento por derecho propio. Vale decir también, la medicina tradicional obtiene su valoración siempre se encuentre alineada a los principios y objetivos de la biomedicina.

Si bien el testimonio de la obstetra es más restrictivo que la del médico, es necesario señalar que no son necesariamente excluyentes entre sí. Es decir, un solo individuo puede presentar varios matices en la apreciación sobre uso y la eficacia de la medicina tradicional en los usuarios. De tal manera, que se puede presentar una posición restrictiva en ciertos casos, pero también, una posición mucho más abierta en otros. Esto sucede en función a la complejidad y peligrosidad de patologías y procesos de tratamiento, que van desde el complicado parto, hasta recomendaciones complementarias

en el ámbito de prevención de enfermedades relacionados a los niveles de colesterol y glucosa y sus posibles complicaciones.

Eso sí, en ambos casos, se revela una desconfianza por tratamientos tradicionales y un predominio del modelo médico hegemónico occidental. Por un lado, se reconoce cierta eficacia, pero por otro, se consolida una ponderación y una jerarquía, en la cual, lo occidental sigue siendo la base del tratamiento, y lo tradicional solo se permite en tanto no interfiera con las directrices biomédicas.

De esta manera, se consolida la situación hegemónica por parte del personal de salud, a pesar de que se abren espacios para integrar a la medicina tradicional en el discurso médico. En la interrelación en el consultorio, esto puede traducirse en prácticas impositivas difuminadas en estos espacios abiertos a la medicina tradicional.

Teniendo en cuenta ambas tendencias de predominio o una suerte de complementariedad, en los siguientes cuadros, realizamos un análisis de los testimonios presentados por el personal de salud en donde se aprecian estos dos tipos de percepciones. Con todo ello, enfatizamos en las implicancias que tienen tales percepciones en la interrelación con los usuarios.

Tabla 14 *Percepciones del personal de salud relacionadas a la predominancia de la biomedicina*

Testimonio/fragmento	Percepción sobre la biomedicina	Percepción sobre la medicina tradicional	Observaciones e implicancias en la interrelación personal de salud-usuario
En algunos casos depende del tipo de enfermedad, si son leves pueden ser tratados con medicina tradicional, pero si son crónicos, enfermedades crónicas, yo pienso que lo farmacológico es lo más principal. (Médico ICR, 2023)	- Predominio de medicamentos occidentales - Confianza por su “efectividad” en enfermedades severas y crónicas.	- Medicina tradicional útil siempre que se traten enfermedades leves. - Valoración positiva pero restringida	- Jerarquización de ambas medicinas, podría genera un intento de persuasión por medicamentos farmacológicos.
Hay estudios incluso hay la farmacología la medicina tradicional que estudia las los productos naturales entonces casi conocimiento no tengo digamos para dar esa opinión sería saber entre ambas bases como es la medicina tradicional casi no conozco los productos naturales qué efectos tienen y qué efectos no tienen entonces para mí normal digamos si el paciente consume sus mates tradicionales con los medicamentos que le damos claro cómo te dije sabiendo que a veces no conozco alguna planta les pregunto a algún personal técnico que es para qué es y ya pues les digo consume no más pero sí digamos es para algo, ahí nomás, hasta que termine su tratamiento con los antibióticos. (Médico SS, 2023)	- Percepción flexible, pero con predominio de la biomedicina. - Confianza en biomedicina al admitir el desconocimiento por lo tradicional.	- Conocimiento limitado sobre medicina tradicional. - Medicina tradicional desde un entendimiento farmacológico.	- Enfoque con tendencia a la adaptación en la interrelación con el usuario. - El desconocimiento puede generar cierta incertidumbre sobre la articulación de ambas formas de tratamiento.

Tienes que tratar de incentivar a que tal vez la medicina que tú le estés dando le vaya a aceptar, porque tampoco es que lo que ellos utilizan es malo totalmente, o sea hay algunas cosas que son útiles y esas cosas se mantienen, pero hay otras cosas que digamos se pueden usar, pero en vez de favorecer y empeoran la situación entonces eso también hay que hacerles entender. (Médico EP, 2023)	- Percepción relacionada al incentivo de la biomedicina. - Biomedicina como más segura y confiable.	- Se percibe como parcialmente útil a la medicina tradicional. - Cautela por la peligrosidad en el uso de ciertos tratamientos tradicionales.	- Postura “pedagógica” orientado a hacer entender al usuario lo occidental como mejor opción terapéutica.
Claro obviamente que no, los medicamentos de acá son los que más rápido les va a curar que sus hierbas, pero igual ellos lo consumen no más. (Enfermera MP, 2023)	- Efectividad y rapidez de los medicamentos farmacológicos.	- No se otorga la misma eficacia a la medicina tradicional	- El predominio por lo farmacológico puede expresarse en imposiciones inconscientes a los usuarios.
Viendo también qué hierbas consumen los pacientes porque algunos mayormente digamos algunos vienen con dolor de abdomen toman lo que es el mate de anís el mate de menta entonces no hay ningún problema, pero algunas hierbas que no conozco ahí sí, yo te digo no, es preferible que sea el antibiótico no más. (Médico SS, 2023)	- Predominio de los antibióticos como la opción preferible.	- Se reconoce como inofensivos algunos tratamientos tradicionales. - Precaución por tratamientos tradicionales desconocidos.	- La desconfianza por lo tradicional genera el predominio por lo occidental. - El desconocimiento de las prácticas culturales entorpece el enriquecimiento mutuo.
Obviamente se respeta [la medicina tradicional], pero también se es consciente que hay algunas cosas que no sirven o que les puede empeorar por ejemplo hay pacientes que utilizan el clavo de olor que lo colocan en los dientes les baja el dolor, pero luego te causa una inflamación porque está cerrando esa salida del diente para	- Biomedicina percibida como más confiable - De manera implícita, la biomedicina es	- Respeto por la medicina tradicional - Percepción de rechazo parcial debido a la preocupación por efectos a largo plazo	- Aunque se evidencia un respeto por la medicina tradicional la biomedicina sigue siendo predominante. - El médico asume el rol de moderador,

que puedas drenar digamos o sea sirven en cierta medida no es que tampoco sean malas. (Médico E.P, 2023)	vista como más segura.		orientando a los usuarios sobre las limitaciones y peligros de tratamientos tradicionales.
Mira, en este caso ellos mayormente te pueden refutar, te dicen, tiene una herida qué le han echado orines, le han puesto tomate, le han puesto toda clase de cosas que no van al caso, y quieren hacer lo mismo, a veces vienen del médico, allá le decimos Kallawalla, al médico tradicional y todo eso, pero más que médicos el curandero de ahí que ha aprendido por azares de la vida le ha enseñado a alguien no le han explicado, o ha escuchado de la vecina la comadre o demás, entonces de esa parte no les dejó mucha alternativas, entonces el tratamiento aquí es netamente lo que aplicamos. (Médico HH, 2023)	- Predominio e inclinación hacia lo occidental entendida como alternativa única de tratamiento.	- Prácticas culturales de tratamiento de heridas consideradas como inseguras, no confiables y hasta peligrosas. - Se desconoce la cosmovisión de agentes tradicionales de salud.	- Se expresa de forma tácita interrelaciones tensas. - Percepción rígida e impositiva.
Sí de todas maneras, porque bueno tú sabes que la medicina se basa en lo que nosotros usamos los fármacos como bien nosotros no trabajamos las hierbas o lo que de nuestros antepasados... las hierbas y muchas cosas no, es por eso que también tanto está reglamentado entonces si pasa cualquier cosa es todo según las normas la norma dice la norma dice, y nosotros tenemos que actuar con [referencia] a la norma y todo es mediante los medicamentos que acá podemos tener, no es mediante esas cosas que utilicen (Obstetra GSZ, 2023)	- Predominio de farmacología respaldada por normas estrictas.	- Distanciamiento de prácticas médicas tradicionales - No se reconoce a la medicina tradicional como parte de la práctica obstétrica.	- Genera barreras con mujeres gestantes que prefieren abordajes tradicionales del parto.

Con base en el cuadro anterior, hemos podido identificar una serie de percepciones sobre la medicina tradicional y la biomedicina, sostenemos que, estas, a su vez, se traducen en actitudes que se manifiestan y se reflejan en la interrelación entre el personal de salud y los usuarios. Presentaremos en primer lugar las percepciones del personal de salud que se refieren con mayor nitidez a la predominancia del modelo médico hegemónico y se le atribuye una mayor efectividad y seguridad mayor en comparación. Debemos resaltar que las percepciones presentadas en el cuadro anterior varían de percepciones un tanto más flexibles a percepciones mucho más rígidas.

En ocasiones, estos matices se presentan en un solo interlocutor, lo que evidencia la complejidad de las percepciones, al reflexionar sobre la medicina tradicional y la biomedicina en el marco de la interrelación con los usuarios en el contexto de la atención médica primaria. Estos matices los hemos organizado haciendo uso de una escala de color, donde el color más claro representa una percepción más flexible y los colores más oscuros percepciones más rígidas. En base a todo ello, establecemos el siguiente balance:

4.1.2.1. Percepciones del personal de salud sobre el predominio de la biomedicina

A pesar de la variedad de percepciones evidenciadas en el personal de salud, se puede notar en todos los casos un predominio de la biomedicina en la atención médica. Sin embargo, es posible identificar un espectro, a lo largo del cual, se evidencian distintos grados de flexibilidad, pero siempre en el marco del modelo médico hegemónico.

Las percepciones que presentan una mayor flexibilidad son enunciadas en este caso por las médicas ICR, SS y EP. Se presenta una percepción donde se destaca la utilización de la biomedicina, sobre todo para el tratamiento de enfermedades crónicas o severas, en este caso, los medicamentos farmacológicos son percibidos como mucho más efectivos a los tratamientos tradicionales y en ello se basa la predominancia. Uno de los tratamientos farmacológicos más reconocidos, son los antibióticos, valorados sobre todo por la médico SS, en los cuales deposita su confianza por su efectividad en el tratamiento de afecciones graves y cuya opción es preferible debido a una falta de conocimiento de los tratamientos tradicionales. Esta misma línea de ideas se puede evidenciar en la médico EP, quien valora a la biomedicina como un enfoque necesario que asegura que el tratamiento brindado por el especialista médico pueda ser seguro. Se puede notar además una percepción en la que los tratamientos farmacológicos brindan una alternativa que brinda un mayor control de los usuarios.

Todos estos beneficios asociados a la biomedicina, desde la perspectiva del personal de salud, se orientan a asegurar el bienestar del paciente, por lo que la intención

y la actitud de los médicos es intentar convencer o “hacer entender” a los usuarios sobre el beneficio de los tratamientos farmacológicos para su salud.

Ahora bien, las perspectivas intermedias tienen que ver con percepciones de cierta resignación e inevitabilidad de que los usuarios hagan uso de la medicina tradicional, lo cual es tolerado, pero en este caso, la biomedicina presenta una mayor eficacia y rapidez, la enfermera MP, por ejemplo, asume esta percepción. En conversaciones informales entabladas con la enfermera, hemos podido notar una importante influencia de su formación académica en su percepción de predominio de los tratamientos occidentales. Ella nos comentó, además, en otra ocasión, que reconoce la validez de la medicina tradicional y que la practica y la ha practicado, sin embargo, reconoce también —y en este caso este reconocimiento es ponderado— que los medicamentos farmacológicos actúan de forma mucho más rápida y en ello radica su ventaja.

En este sentido, las percepciones de flexibilidad intermedia, enfatizan sobre todo en los beneficios de rapidez y de control a largo plazo. Esta última idea es reforzada por la médico SS, para quién los antibióticos representan esta ventaja de largo plazo y asegura la eficacia del tratamiento al paciente. EP complementa esta idea, aceptando de forma implícita que los tratamientos farmacológicos evitan complicaciones a largo plazo, hecho que evidentemente, no se relaciona con la medicina tradicional.

Posturas más rígidas, son las del médico HH y la obstetra GSZ. En este caso, su percepción aparece más cerrada debido a que considera que las normativas estrictas son las que determinan el predominio de lo occidental. En este marco restrictivo de ideas, la percepción del médico HH, hace notar que la única alternativa para los usuarios son tratamientos farmacológicos, porque se entiende que, a diferencia de la medicina tradicional, estos están respaldados por conocimiento especializado.

4.1.2.2. La medicina tradicional en el marco del modelo médico hegemónico

La medicina tradicional aparece como subordinada a la forma de entender y abordar la enfermedad que sostiene el personal de salud desde el modelo médico hegemónico. Hemos podido identificar percepciones más flexibles que asignan cierta eficacia a esta medicina, pero, siempre y cuando, se traten de condiciones patológicas leves, restringiendo en este caso su integración en el tratamiento. Entonces, el reconocimiento de la medicina tradicional, ocurre siempre que esta no interfiera con tratamientos farmacológicos, por lo tanto, un desconocimiento de los insumos tradicionales utilizados, como las hierbas medicinales, hacen que se evite su recomendación y hasta se la rechace en el marco de la atención médica primaria.

Independientemente del respeto que se pueda expresar por los tratamientos tradicionales, se les asigna también una connotación de peligrosidad. Esto hace que, en última instancia, exista la tendencia a evitar su implementación debido a la percepción de que, en un futuro, puede complicar la situación del paciente. Esto se sostiene en las diferentes experiencias que han tenido los médicos, en la cual han podido tratar a usuarios que han hecho uso de remedios tradicionales o “naturales” y que han llegado con una situación mucho más complicada al Centro de Salud:

...hay algunas cosas que no sirven o que les puede empeorar por ejemplo hay pacientes que utilizan el clavo de olor que lo colocan en los dientes les baja el dolor, pero luego te causa una inflamación porque está cerrando esa salida del diente para que puedas drenar. (Médico EP, 2023)

...tiene una herida qué le han echado orines, le han puesto tomate, le han puesto toda clase de cosas que no van al caso, y quieren hacer lo mismo. (Médico EP, 2023)

En vista de todo ello, se tiende a rechazar en cierto grado la implementación activa de la medicina tradicional en la interrelación con los usuarios. A partir de esta percepción de predominio, podemos interpretar, aunque no pudimos observarlos de manera directa, como se desarrolla una actitud de hegemonía en la interrelación entre el personal de salud y los usuarios dentro de un consultorio médico.

4.1.2.3. Implicancias del predominio en la hegemonía en la interrelación personal de salud-usuario

Conforme hemos podido apreciar en la situación de predominio de la biomedicina en el personal de salud, podemos identificar como esta se refleja en la hegemonía para con el usuario en el servicio de atención médica primaria.

Si consideramos el espacio, es decir el Centro de Salud dedicado íntegramente a la atención médica; y, además el tipo de servicio que se ofrece, vale decir, la atención médica primaria, donde las atenciones rutinarias suelen abordar desde enfermedades leves hasta emergencias que requieren ser derivadas. Nos daremos cuenta este lugar es el propicio para la generación de una variedad de relaciones de poder, que muchas veces pasan desapercibidas, y, si a todo ello, le agregamos el marco del modelo médico hegemónico como predominante, la relación tiende a generar un cierto tipo de imposición

—no consciente— de una forma de ver la realidad reproducida de modo cotidiano legitimado por el consenso²³ con el usuario.

Entonces, el predominio de la biomedicina en la interrelación entre el personal de salud y los usuarios, se manifiesta a partir de una jerarquización en la que se pondera los medicamentos farmacológicos sobre las prácticas tradicionales que son usadas en el contexto andino. Esta preferencia por la biomedicina —basada en una percepción de mayor seguridad y efectividad— puede generar dos tipos escenarios en la interrelación con los usuarios. El primero puede ser cuando estos buscan utilizar tratamientos tradicionales generándose cierta tensión. Y una segunda situación, ocurre cuando el usuario se adhiere a los tratamientos occidentales debido a acciones de persuasivas para los usuarios de adoptar medicamentos farmacológicos y de optar por una atención institucional intramuros, ahondaremos en las percepciones sobre este tema en el siguiente apartado.

Ahora bien, aunque algunos profesionales de la salud como la médico ICR, presentan una mayor adaptabilidad y flexibilidad con los usuarios, el desconocimiento²⁴ sobre la medicina tradicional, evidenciado en una mayoría de percepciones, limita la posibilidad de integrar ambas prácticas y enriquecerse mutuamente para generar una interculturalidad positiva. Esto consolida la hegemonía de la biomedicina y se expresa, especialmente en los casos donde se desconfía del uso de hierbas medicinales. En oposición a ello, al imponer, el uso de antibióticos, por ejemplo, se refuerza una distancia entre el personal de salud y los usuarios, lo que dificulta en gran medida la construcción de una relación de confianza y respeto mutuo.

La tendencia predominante de la biomedicina también posee implicaciones que hemos denominado “pedagógicas”, ya que el personal de salud se posiciona como guía para orientar a los usuarios hacia lo que consideran la mejor o las mejores opciones terapéuticas. A pesar de que este intento sea bien intencionado y priorice el bienestar y la salud del paciente, puede generar que se perciba a los tratamientos occidentales como la única alternativa posible para los usuarios subestimando sus conocimientos y experiencias con la medicina tradicional.

²³ Consenso se refiere a la naturalización de la dominación por los subalternos. En otras palabras, el concepto de hegemonía tiene que ver con el de poder ejercido de forma más espontánea que coercitiva (Pizza, 2006).

²⁴ También, un conocimiento superficial que no contempla aspectos socioculturales y de cosmovisión que subyacen a tratamientos tradicionales.

4.1.3. *¿Complementariedad o simple tolerancia?*

Las percepciones de complementariedad y articulación de la medicina tradicional o en todo caso su simple tolerancia se evidencian una variedad de percepciones que a su vez presentan ciertos matices. En este apartado, realizaremos un análisis de las percepciones sobre la complementariedad y estableceremos la diferencia con la tolerancia de la medicina tradicional desde la perspectiva del personal de salud.

Hemos organizado el cuadro siguiente en función al tema de complementariedad y tolerancia, en donde se presentan las percepciones de la biomedicina, medicina tradicional y las implicancias de todo ello en la interrelación personal de salud y usuarios.

Tabla 15

Percepciones del personal de salud sobre la complementariedad entre medicinas

Testimonio/fragmento	Percepción sobre el modelo médico hegemónico	Percepción sobre la medicina tradicional	Observaciones e implicancias en la interrelación
Sí varios pacientes que vienen, digamos, si quieren hacerse su tratamiento con los curanderos, entonces yo no me cierro digamos a que solamente sólo tome los antibióticos sí ellos sí veo que los medicamentos no interceptan con el tratamiento que ellos quieren darle entonces no me hago ningún problema que consuman algunos tratamientos. (Médico SS, 2023)	- “Antibióticos” reconocidos para asegurar la eficacia del tratamiento. - Biomedicina como la base principal de la atención médica.	- Tolerancia por la medicina tradicional.	- Actitud de tolerancia, puede verse reflejada en la interrelación con los usuarios.
...no podemos desligarnos tampoco [de la medicina tradicional], forzarles tampoco a que netamente sean medicamentos, cosas que se pueden ayudar sencillamente con algo tan fácil de tomarte un mate, o ingerir diario una cierta semilla o fruta (Médico HH, 2023)	- La biomedicina en este caso sigue siendo el marco de referencia dominante.	- La mención de “no podemos desligarnos” releja una actitud parcial de adaptación e integración. - Se acepta a la medicina tradicional como complementaria.	- Se evidencia más bien una tolerancia y no un entendimiento de las prácticas del usuario.
...es que no le podemos prohibir tampoco es que el paciente mismo, las poblaciones quechua antes, ellos netamente ya tienen en su comunidad un curandero. Han vivido de esa medicina tradicional ancestral que tienen (...), si tú le vas a prohibir eso a ellos entonces también digamos estaríamos cortando eso. Ellos pueden ir no hay ningún problema, pero lo de acá en el centro todo es por la norma técnica de salud y el	- Se expresa una percepción en la que se pondera las normas técnicas de salud que regula la práctica médica.	- Se reconoce la importancia de la medicina tradicional en comunidades quechuas, enfatizando que forma parte de su identidad cultural y de su historia.	- Se reconoce cierta actitud de imponer la biomedicina en la atención médica. - Percibe que una tendencia a la prohibición de la medicina tradicional

tratamiento según que merece, no sé si será riesgoso, pero supongo ellos tienen hierbas medicamentos y con eso se tratan algunos males, y sabemos que las pastillas vienen también de algunas plantas de algunos productos todos son elaboración entonces supongo que ellos se tratan ahí con su medicina (Médico PBA, 2023)		- Incertidumbre respecto a su seguridad y eficacia.	podría ser perjudicial para el usuario. - Expresa tolerancia por las prácticas culturales médicas del usuario.
Ambos pueden ir correlacionados, [medicina tradicional y biomedicina] sé que lo farmacológico es más imprescindible, pero siempre va a ir enlazado en algunos casos, en algunos casos, de la medicina tradicional, no siempre, pero siempre va a tener un poco de ayuda. (Médico ICR, 2023)	- Se enfatiza el predominio de los tratamientos occidentales considerándolos “imprescindibles”.	- Se considera un rol complementario de la medicina tradicional, aunque solo en ciertos casos.	- A pesar del predominio de lo farmacológico, este tipo de percepción puede fomentar una mayor integración de las prácticas culturales de los usuarios.
Sí nos apoyamos bastante ingesta de agua, en casos que no se solucionen con medicamentos, ingesta de agua, mates de manzanilla para desinflamar, pero no son muchos, preferimos usar ala certera, es que ese paciente cuando le das algo leve y le dices que es algo leve, porque ellos vienen ya han tomado cosas y vienen aquí porque no se les ha solucionado su problema, y muchas veces si le das algo ligerito también no le solucionan su problema. (Médico HH, 2023)	- Biomedicina considerada como la alternativa más “certera”.	- Se considera a la medicina tradicional como medida secundaria.	- Actitud de tolerancia parcial y de utilización de lo que considera medicina tradicional. - Se refuerza la relación de poder al considerar lo occidental como lo más adecuado.
Sí considero [medicina tradicional], en algunos casos yo recomiendo plantas medicinales de la zona por ejemplo plantas de la zona como el paico, el airampo, el anís, qué les ayuda no de una u otra manera en su alivio de lo que manifiesta, sí ese tipo de dolor es de estómago,	- La médico ya había mencionado como predominante a la biomedicina en su práctica.	- Se valoran las “plantas medicinales” y se reconoce que se integra a la práctica médica cotidiana.	- Actitud abierta, podría generar una mayor integración a las prácticas culturales de los usuarios.

de acuerdo a lo que presenten ¿no?, sí sí les doy (Médico ICR, 2023)			
Pienso que sí se debe incorporar la medicina tradicional, hay un bajo porcentaje que sí estamos incorporando, no todos, pero si se les llega a incorporar, en el personal de enfermería, a sus pacientes, a los niños, que van a consulta PRED, en este caso en medicina no es aún cien por ciento, pero en un 50% si se les llega apoyar con esos tratamientos. (Médico ICR, 2023)	- Se reconoce que la biomedicina, sigue siendo el marco de referencia.	- Se reconoce una actitud abierta para la incorporación de la medicina tradicional y se manifiesta que ha existido intentos para ello	- En la interrelación personal de salud-usuario, esto podría representar un intento de implementar la perspectiva cultural del paciente, mientras se asegura la eficacia de los tratamientos occidentales.
Yo pienso que ambas medicinas son efectivas, ellos también se curan con hierbitas o algo, sí hay efectividad en ambos casos, entonces se respeta, usan sus hierbitas para curarse, sus matecitos, de manzanilla de muña, incluso ellos usan la muña para desparasitarse y es muy bueno está comprobado no, que la muña ayuda, entonces ellos normal, no, nosotros no le decimos no, o les criticamos, no. (Enfermera SAB, 2023)	- Se reconoce la efectividad de la biomedicina. - No se hace énfasis de la superioridad de los tratamientos farmacológicos.	- Valora positivamente la medicina tradicional - Se resalta la actitud de respeto hacia costumbres y saberes de los usuarios relacionados al tratamiento de enfermedades.	- Se refleja una actitud equilibrada con una fuerte actitud relacionada al respeto.

Con base en el cuadro podemos establecer un espectro que va desde la tolerancia de la medicina tradicional —sin que esto quiera decir que se integre en la práctica médica del personal de salud— hasta una tendencia mucho más fuerte y evidente hacia la complementariedad. Sin embargo, debemos tener presente que —como hemos mencionado anteriormente—, la intención de integrar la medicina tradicional como forma complementaria de abordar la salud, se encuentra enmarcada siempre en un entendimiento de estas prácticas en términos del enfoque biomédico.

Al igual que en el apartado anterior, podemos notar que un solo interlocutor puede expresar una variedad de matices en su percepción sobre la complementariedad de la medicina tradicional. Esto nos ofrece indicios de la complejidad en las percepciones del personal de salud en la integración de las prácticas culturales de los usuarios. Esta situación se refleja además en la interrelación con el usuario, pues se permite una interpelación cargada de diversos matices.

Entonces, con el color más claro del espectro presentado en el cuadro anterior, podemos identificar un enfoque más relacionado a la tolerancia. En este sentido, la medicina tradicional es reconocida, aceptada, pero difícilmente integrada a la práctica médica cotidiana. Por lo tanto, tal como se ha establecido en el apartado anterior, la biomedicina se mantiene como la base dominante de la atención médica y, cualquier uso de la medicina tradicional es aceptado solo en la medida en que no interfiera con los tratamientos farmacológicos.

Por ejemplo, la reconocida confianza de la médico SS por los antibióticos, nos ofrece una percepción en la que estos medicamentos son valorados para asegurar la eficacia de los tratamientos, y aunque se permita la coexistencia de prácticas tradicionales estas son vistas más con una intención de ser usadas como complementos secundarios, generalmente en el aspecto nutritivo. Esto se evidencia en la referencia a elementos naturales del médico HH quien los relaciona con la medicina tradicional, en los que se incluye semillas o frutas.

En términos de la relación médico-paciente, esta forma de ver la relación entre ambas formas de hacer medicina, refleja una aceptación pasiva, donde la medicina tradicional, si bien no es descalificada completamente, tampoco es promovida de manera activa en su integración. Las normas técnicas de salud, que incluyen protocolos estandarizados a los que se refieren los médicos en el apartado anterior refuerzan esta percepción, lo que subraya el predominio por tratamientos occidentales. Aunque, se puede notar una actitud de respeto por las formas tradicionales de atender la enfermedad y se toma en cuenta la identidad cultural de los usuarios en este aspecto, esta actitud no trasciende la tolerancia y siempre que no interfieran con la seguridad del tratamiento farmacológico se puede notar más bien cierta indiferencia.

Luego, un “término medio” en las percepciones, hace notar un mayor esfuerzo por integrar elementos de la medicina tradicional, aunque de manera aún limitada. A pesar de que aún el tratamiento farmacológico sigue siendo predominante, hay un esfuerzo por reconocer la correlación entre ambas medicinas y valorarlas dentro del contexto de la atención médica. Aunque de forma superficial y sobre todo para situaciones leves, se puede notar que existe el intento de incorporar algunos tratamientos empleados por los usuarios. Estos tratamientos, son entendidos desde las percepciones de los médicos y con este sentido de pensamiento son implementados en la práctica médica. Por ejemplo, la incorporación del mate de manzanilla mencionado por el médico HH, si bien se le reconoce y se implementa, no se le atribuye una misma capacidad de resolver problemas complejos o que, en todo caso, acompañen al tratamiento farmacológico de dichos problemas. La médico ICR, refleja también un esfuerzo constante por integrar ambos enfoques de manera que se encuentre un beneficio mutuo, aunque se reconoce una efectividad menor —“ayuda un poco”— del tratamiento tradicional.

Por último, se evidencia una tendencia mayor o más fuerte hacia la articulación de la medicina tradicional. Las percepciones que integran este enfoque manifiestan una intención de integración mucho más activa lo que refleja un mayor grado de enriquecimiento mutuo Albó (1999). Por ejemplo, la médico ICR, manifiesta que ya vienen integrando plantas medicinales locales en su práctica médica cotidiana. Esto no solo implica, sobre todo que se empieza a integrar y reconocer prácticas culturales de los usuarios del distrito de Paruro. Empero, esta médico, reconoce también que existe un bajo porcentaje de incorporación de estas prácticas en el Centro de Salud y, que quienes más las incorporan son las enfermeras, a quien hemos reconocidos como mediadoras interculturales. Precisamente, la enfermera SAB, quizá es la que reconoce una efectividad genuina de la medicina tradicional. Ella manifiesta un respeto y un conocimiento de ciertos tratamientos tradicionales, como la ingesta de muña²⁵ para la parasitosis, lo que abre la posibilidad a una práctica médica más intercultural y colaborativa.

4.1.3.1. Implicancias de la complementariedad en interrelación entre el personal de salud-usuarios

Podemos entender que, desde las percepciones del personal de salud un mayor reconocimiento de la medicina tradicional implica también una mayor actitud de respeto hacia las prácticas de los usuarios. Esto se podría evidenciar, sobre todo, en el marco de las atenciones médicas en los consultorios, espacios que no hemos podido observar por evidentes razones

²⁵ *Minthostachys setosa* (Instituto Nacional de Salud, s.f.)

éticas. Sin embargo, la tendencia de predominio de la biomedicina, hace que se manifieste la tendencia hegemónica de controlar el tratamiento y de imponer una “dirección ideológica” (Varesi, 2016), desde la cual se entiende como más efectiva el tratamiento farmacológico y por lo cual es impuesta al usuario. Esto implica, la dirección del tratamiento orientado a preferir las formas predominantes farmacológicas, mientras que la medicina tradicional es vista como complemento, debido a un entendimiento superficial, no así, un entendimiento profundo de las raíces culturales que subyacen a los insumos naturales y a los agentes de salud tradicional.

Por otro lado, las actitudes más flexibles para la articulación de la medicina tradicional se reflejan también en una actitud más flexible en la interrelación con los usuarios. Desde estas percepciones, evidenciadas sobre todo por la médico ICR y las enfermeras SAB y MP, se avanza hacia un enriquecimiento mutuo con el paciente. A pesar de todo ello, debemos ser enfáticos afirmando que, a pesar de estos notables avances, aún la complementariedad enriquecedora sigue estando condicionada y subordinada a la biomedicina. Por lo tanto, se consolida una situación en donde la característica fundamental que subyace es la hegemonía, donde el médico decide cuales tratamientos son adecuados y mantiene el control —basado en una eficacia ideológica de lo farmacológico— en la interrelación con el usuario. Ahondaremos sobre este aspecto en el apartado de subalternidad, dedicado a las percepciones de los usuarios.

4.1.4. Estrategias de persuasión para la atención médica institucional

“Alergia, esta es una alergia, con esto mueren” le dice la médico de turno a una señora que ha acudido al Centro de Salud con su menor hijo, de aproximadamente cinco años, es por la mañana y la encargada de atender este caso fue la médico ICR. El niño presenta aparentes síntomas de haber contraído una reacción alérgica severa, se le nota la cara hinchada y los ojos llorosos. Una vez terminada la consulta, la madre agradece a la médico y ella le responde: “menos mal le has traído, así debes traerle”. (Fragmento extraído del diario de campo, 2023)

Una vez descritos las diferentes percepciones sobre la medicina tradicional, el predominio de la biomedicina y las implicancias en la interrelación entre el personal de salud y los usuarios, describiremos las diversas percepciones a partir de las cuales el personal de salud expresa su intención de persuadir al paciente para que este acceda a la atención médica institucional.

Es necesario aclarar que independientemente se exprese y manifieste una hegemonía por parte del personal de salud, la intención de este grupo es asegurar en todo momento el bienestar del usuario. Es por ello que, al atribuirle una mayor eficacia, confianza, seguridad y garantía a los tratamientos farmacológicos; y a su vez, al ser el Centro de Salud uno de los

lugares por excelencia para la prescripción de medicamentos, los médicos buscan que los usuarios puedan acudir lo más frecuentemente posible a este lugar para evitar complicaciones a futuro.

Entonces, los médicos se encuentran convencidos de que las decisiones médicamente asumidas son las correctas (Gianella, 2014, citado en Yon, 2023). Todo esto se encuentra reforzado sobre la normativa institucional del MINSA, que ejerce una fuerte influencia en las actitudes, experiencias y percepciones de los profesionales de la salud de manera que se constituye un *éthos* médico.

El *éthos* médico, desde la propuesta de Gil (2004), se refiere a un conjunto de preferencias, principios éticos y morales que definen un modo de ser único que distingue a profesionales de la medicina en su acción para y con la población. Este se construye a partir de la significación que la sociedad le ha otorgado a la práctica de la medicina institucionalizada, por lo que incluye expectativas sociales y culturales sobre el rol del médico. Así, al estar el modelo médico hegemónico institucionalizado, adquiere un carácter de legitimidad y autonomía frente a la sociedad (Menéndez, 2020a). A partir de ello, se consolida un poder hegemónico legitimado y reconocido en un consenso con la sociedad.

En este sentido, los médicos del Centro de Salud de Paruro, promueven la atención institucional en los usuarios. Esto se refleja en un *éthos* centrado en la priorización de la evaluación por un médico:

Obviamente dentro de las estrategias del centro de salud es que todas las personas puedan tener un acceso o sea a mejorar su salud tanto general y local nosotros tenemos estrategias y buscamos que el paciente siempre pueda acudir a un centro de salud, pero obviamente respetando sus costumbres y sus creencias (Médico SS, 2023)

Describimos a continuación dichas percepciones en torno a tres categorías: estrategias de intervención preventiva, estrategias de persuasión y estrategias de respeto por las costumbres.

4.1.4.1. Estrategias de intervención preventiva

Este grupo de percepciones enunciadas por el personal de salud, se enfocan en la prevención a partir de intervenciones proactivas relacionadas a la administración de medicamentos y el monitoreo de condiciones las cuales podrían empeorar en caso no sean tratadas a tiempo:

... por eso en temporada de friaje no hemos tenido ni un paciente internado con neumonía nosotros porque hemos actuado justamente a tiempo y les hemos dado medicamento que tal vez no es tan suave, ya anticipando a que podía complicarse le hemos dado algo un poquito más fuerte, y no hemos tenido esos casos entre nosotros nos hemos pasado la voz le hemos hecho el manejo. (Médico HH, 2023)

Se refleja en este caso una estrategia basada en la anticipación de complicaciones y la coordinación médica interna para evitar hospitalizaciones y complicaciones por neumonía. En este caso se ha considerado la aplicación de medicamentos considerados por el médico como “más fuertes”. La estrategia en este caso tiene que ver con la promoción de lo farmacológico, en este caso el llamado al paciente es para poder adherirse al tratamiento farmacológico. Se nota una actitud que denota un enfoque preventivo en fundamental en un contexto donde las temporadas de friaje suelen azotar de forma cruda. Según datos del Centro Nacional de estimación, prevención y reducción del riesgo de desastres (CENPRED) (2023), la provincia de Paruro se encuentra dentro del rango de riesgo muy alto por heladas. Esto implica que las medidas tomadas por el personal de salud para mitigar ello han tenido la intención de salvaguardar a las personas. Empero, no debemos olvidar que al estar la provincia de sujeta a las políticas de salud intercultural se debería implementar un enfoque de valoración de la perspectiva del usuario para la implementación de las estrategias preventivas propias además de las funciones de la atención médica primaria. No obstante, como se puede apreciar en el testimonio, se ha priorizado la atención institucional, que, si bien es importante, requiere aún ser complementada por un enfoque intercultural. En este marco, la evaluación médica en el Centro de Salud se convierte en uno de los pilares de intervención preventiva:

Se pueden tratar en cualquier centro de salud, con tal que sea un centro de salud y sea evaluado por un médico, es necesario que el médico evalúe la condición. (Médico ICR, 2023)

Se enfatiza, entonces la atención institucional por parte de un médico calificado. Al reconocer la importancia de este tipo de atenciones, la médico reafirma la importancia del Centro de Salud para una estrategia que pueda garantizar que el paciente reciba un tratamiento adecuado. Esta percepción se refuerza sobre todo cuando se busca prevenir la cronificación de enfermedades, tomando en cuenta el predominio de la biomedicina mencionado anteriormente:

Depende de la patología que presente, por ejemplo, paciente x que venga con una gastritis a veces en el campo se tratan con este, con piedras chanca piedras, con mates de paico, con avena cruda y todo eso, entonces a veces pacientes que están años con esos tratamientos naturales, vienen después de un año después de 6 meses y ya vienen

con hemorragias digestivas, ya vienen con sangrado por las heces o ya está más cronificado, entonces pienso que sí es indispensable que acudan aquí. (Médico ICR, 2023)

Así, se hace énfasis en la percepción del enfoque preventivo de la médico quien pondera la necesidad de acudir al Centro de Salud, cuando los tratamientos tradicionales no han funcionado en un primer momento y se ha empeorado la atención del paciente. Si bien la médico ICR reconoce la eficacia y, como hemos visto en la sección anterior, promociona la articulación de la medicina tradicional. En este caso reconoce que un componente fundamental para evitar complicaciones es el de acudir al Centro de Salud para la atención médica pertinente. Por lo que un enfoque preventivo es una de las primeras percepciones sobre la adhesión a la atención institucionalizada de los usuarios.

4.1.4.2. Estrategias de respeto de la autonomía de los usuarios

Ahora bien, una vez establecida la importancia de las atenciones institucionales por parte de los médicos ICR y HH, se reconoce además el enfoque de persuasión de los usuarios para que puedan aceptar los tratamientos médicos. Desde este tipo de testimonios, se puede notar una actitud de respeto por la autonomía de los usuarios y usuarias y por algunos rasgos culturales del usuario relacionados a la cultura andina²⁶.

Sí hay pacientes que no están de acuerdo [con tratamientos o prácticas biomédicas], pero de todas maneras se les informa y se les da la consejería pero ya es decisión de ellas porque como sabes no se le puede obligar a ninguna paciente, a obligar nada, sin su voluntad, sino que, simplemente nosotros lo que realizamos es escribirlo en la historia si es que es necesario que ella lo use y no lo quiere usar a pesar de todo eso solamente lo escribimos en la historia y le hacemos firmar su compromiso. (Obstetra GSZ, 2023)

En este caso, la estrategia se encuentra basada sobre todo en la información y en el consejo respetando la autonomía del usuario. Si bien no se expresa una obligación explícita a seguir prácticas institucionales, la expresión relacionada a informar y brindar consejería, se relaciona a estrategias de persuasión para la atención institucional. Así la consolidación del *éthos* médico en este caso, se orienta a aconsejar a las usuarias sobre la importancia de recibir atención en Centros de Salud todo ello bajo el argumento de predominio de la atención

²⁶ Como vimos en el capítulo de comunicación intercultural entendida sobre todo desde sus manifestaciones materiales.

institucional. Podemos entender que el hecho, hacer firmar un compromiso a la usuaria que no desea atenderse en el Centro de Salud tiene que ver con una protección del personal de salud en concordancia con las normativas y las disposiciones estatales como la Ley General de Salud N° 26842²⁷ y el Código de ética y deontología del Colegio Médico del Perú²⁸. Por lo tanto, la normativa vuelve a aparecer como uno de los elementos que definen el *éthos* médico.

4.1.4.3. Estrategias de adaptación al entorno cultural y el respeto de las costumbres

En los testimonios siguientes se pueden apreciar percepciones de la manera en la que el personal de salud busca adaptar el entorno y los servicios para que los usuarios se sientan más cómodos durante la atención médica, todo con la finalidad de que el usuario no siente una renuencia futura para volver a acudir por atención médica. EP, es quizá la médica que más nos ha podido comentar sobre este aspecto. Según nos cuenta, ella ha recibido cursos de interculturalidad durante su formación académica lo que le ha permitido conocer ciertas dinámicas necesarias para adaptar la atención médica a las características culturales:

Aquí en esta población hay población que ya es prácticamente ya están en la ciudad pero en otros lugares es más complicado que un paciente venga y se siente acá en un sillón así porque es un lugar en los que nunca han estado por ejemplo entonces por eso nos decían si estabas en la selva tenías que poner cosas de la selva, si estas en la sierra temática de la sierra, cosas así como para que ellos se sienten en confianza y también para que ellos puedan dejarse atender respetando también sus creencias y cosas así cuando hicimos el internado rural. (Médico EP, 2023)

En el testimonio se refleja a la idea de cultura relacionada con su expresión material. Con base en ello, desde la percepción de la médica, la familiaridad que puede tener el paciente en un contexto nuevo como el del consultorio podría desencadenar en una situación incómoda y de poca confianza para el usuario. Por lo que la idea de decorar espacios, es un ejemplo concreto de como desde el personal de salud, se intenta hacer que los usuarios se sientan más cómodos y familiarizados con el entorno del centro de salud. Según esta perspectiva, esto no solo facilita que los usuarios tengan una mayor recurrencia al Centro de Salud, sino que también puede influye en su disposición a recibir tratamiento. Esta estrategia sugiere entonces un

²⁷ En este caso la norma regula este tipo hechos en su artículo 4; para la salud sexual, el artículo 6 y los derechos del usuario se regulan en el artículo 15 inciso h.

²⁸ Este aspecto se regula en el artículo 100 inciso m, que hace referencia al respeto de los derechos del paciente y al consentimiento informado.

enfoque práctico para respetar costumbres culturales y disminuir el choque cultural que los usuarios pueden experimentar en un ambiente de salud institucionalizado.

Claro obviamente nos enseñaron que por ejemplo ellos utilizan agua con canela agua con sal o utilizan algunas hierbitas para bajar la infección y bueno en ese curso de interculturalidad que hemos hecho, cuando hicimos el internado, nos enseñan a respetar esas cosas pero por ejemplo también yo cuando hice interculturalidad nos decían que para ellos esto era nuevo entonces digamos si tú le ponías algo así como algo con una temática andina para ello será un poco más fácil subirte a ese sillón que ellos no conocían entonces algo así no decían que se tenía que respetar por ejemplo en obstetricia que ya están a luz paradas entonces cosas así que se tienen que mantener esas cosas nos enseñaban. (Médico EP, 2023)

Entonces el conocimiento de prácticas médicas culturales es fundamental para el respeto de estas, pues, considerando también el testimonio de la médico SS, para respetar la medicina tradicional es necesario también una comprensión profunda de los conocimientos y sabiduría que subyace a la medicina tradicional. Entonces, la formación en interculturalidad durante el internado rural parece haber sensibilizado, en cierto grado, a la médico para reconocer y respetar las costumbres propias de una cultura. Al hacer que los usuarios se sientan respetados en sus prácticas y sientan que se integra sus manifestaciones culturales, la médico busca que se pueda facilitar la aceptación de los tratamientos biomédicos y a partir de ello crear una relación de confianza. Sin embargo, así como se reconoce que algunos aspectos de la biomedicina pueden ser nuevos y desafiantes para los usuarios, resulta que también, la insuficiente comprensión de los agentes médicos tradicionales como los curanderos son aún incomprendidos por el personal de salud. Tal como se menciona en el siguiente testimonio:

(...) se puede respetar la forma de creencia del paciente pero como te digo dependería mucho porque la verdad yo nunca he visto que alguien me diga que se ha hecho tratar con un curandero pero obviamente nosotros estamos para apoyarlo tenemos condiciones tal vez más limpias ¿no? para hacer un procedimiento mucho dependerá de cómo lo haga el curandero yo no puedo hablar de que el curandero está mal creo que cada persona es individual y sabe cómo trabaja no porque son curanderos yo voy a discriminar y voy a decir que yo soy perfecta. (Médico E.P, 2023)

Según establece Menéndez (2020a) la asepsia o lo que la médico reconoce como “condiciones más limpias”, es uno de los factores que contribuyen a asegurar la atribución de mayor efectividad y seguridad del modelo médico hegemónico y en ello se basa también su predominancia. En el testimonio anterior, EP aborda el respeto por los curanderos y subraya

las diferencias en las condiciones de limpieza entre el Centro de Salud y las prácticas tradicionales. La estrategia de no discriminar y aceptar que cada persona tiene una forma culturalmente condicionada de trabajar es fundamental para evitar conflictos culturales. Sin embargo, el enunciado sobre la limpieza puede reflejar una valoración implícita de superioridad de las condiciones ofrecidas potencialmente en el Centro de Salud. Aun así, la actitud de apoyo hacia los usuarios que deciden tratarse con curanderos indica que una estrategia de respeto hacia las decisiones individuales que puedan estar definidas por su cultura es fundamental para mantener una relación de confianza entre el personal de salud y el usuario.

De esta manera la relación que se entabla entre el personal de salud y los usuarios del servicio de atención médica primaria, denota esa relación dicotómica, que a pesar de que se presentan intentos articuladores prima la importancia de la adhesión a las atenciones médicas institucionales supervisadas por el médico. Debemos precisar que esto no se realiza con intenciones "maliciosas", sino que por el contrario el personal de salud busca como fin último el bienestar de sus pacientes. De esta manera la hegemonía no se impone de manera coactiva ni violenta, sino que se hacen uso de estrategias de persuasión, manipulación orientadas implícitamente a la consolidación de una dominación del modelo médico hegemónico, el cual se ejerce de manera no violenta, sino que tiene que ver con un proceso ideológico para el dominio de las conciencias (Menéndez, 2020b; Pizza, 2006).

4.1.5. Estatus asignado y percibido ¿Quién es doctora y quién es señorita?

Buenas..., una mujer adulta de aproximadamente 40 años se acerca a la puerta del lugar en donde se realiza el triaje, ¿está atendiendo la señorita?; sale la enfermera y le responde: ¿la doctora?, si está ... (Fragmento de diario de campo, 2023).

El estatus asignado y percibido del personal de salud es un aspecto importante en la interrelación con los usuarios. Este estatus puede ser entendido de dos formas: el estatus percibido, es decir, la manera en cómo los profesionales de la salud se perciben a sí mismos en relación con los usuarios en donde influye tanto la identidad propia como la construcción del *éthos* médico. Y, el estatus asignado, que hace referencia a la manera en la que los usuarios y la comunidad otorgan un reconocimiento de prestigio o autoridad a los médicos y enfermeras. Ambas dimensiones son fundamentales para comprender las interacciones dentro del espacio de salud e implicaciones en la interrelación que emerge de dicha dinámica.

El estatus asignado refleja las expectativas y percepciones que tienen los usuarios con referencia al personal de salud. Este estatus se construye a partir de una experiencia previa y

los valores del individuo. La asignación de estatus en los usuarios se encuentra conformada por la experiencia previa y el reconocimiento de la profesión médica:

El médico siempre ha sido muy amable, noble siempre en cada campo los doctores siempre son nobles. (Usuaría F, 2023)

En este caso, nuestra interlocutora F, pone de relieve una percepción ideal del rol del médico en la comunidad, en este sentido se destaca la imagen del médico como una figura noble y amable. La usuaria describe al “doctor” con características positivas, lo que nos permite entender sus experiencias anteriores, a partir de ello se establece un reconocimiento a partir de lo cual los médicos son vistos con respeto y admiración.

Este tipo de percepción positiva, influye en la dinámica de la interrelación y con el poder que pueden ejercer los médicos, ya que la confianza depositada en la figura del médico como alguien con benevolencia conlleva a que los usuarios se sientan más dispuestos a seguir las indicaciones del médico a fijar una adhesión al tratamiento. Si a ello le agregamos el aspecto del reconocimiento de la profesión del médico esta situación se notará de forma más evidente:

Siempre me ha tocado buenos doctores ¿no?, las recetas que me han dado siempre hemos cumplido al pie de la letra, lo que nos ha sugerido el doctor. Claro porque ellos son profesionales pue, así como profesionales nos recomiendan pue ¿no?, nos dan la recomendación, nos dan las recetas. (Usuaría MCG, 2023)

Se destaca la confianza hacia el médico debido a su formación profesional. Así, el estatus asignado del profesional de salud se relaciona con la formación y el conocimiento del médico. Se asocia este último aspecto con la capacidad de emitir recomendaciones adecuadas reforzando la idea de el “doctor” ocupa un lugar privilegiado en la toma de decisiones de salud. Entonces, se aprecia una confianza y respeto, pero no solo hacia la persona del médico, sino hacia su estatus como alguien con un saber especializado, lo que lleva a que las sugerencias y los tratamientos médicos sean seguidos sin cuestionamientos.

Por otra parte, a diferencia de la confianza otorgada por MCG, el testimonio de AA, hace referencia a una variación en la percepción de los médicos. En este caso se menciona un estatus más matizado y dependiente del comportamiento y actitud del médico en situaciones específicas.

Sí les aprecian, se les entiende también ¿no? [a los usuarios], a veces ese mismo rato también la pena pues el dolor mismo a veces ¡ay! ¡ay! ¡ay!, entonces tienes penita también, entonces hay doctores que son buenos y hay doctores que son malos. (Usuario AA, 2023)

En este caso, se sugiere que el estatus asignado está condicionado por el comportamiento. AA, refleja una percepción ambivalente, se percibe que la población reconoce a los médicos como figuras de cuidado, pero también que no todos son iguales en su trato. Entonces, la distinción entre “buenos” y “malos” implica que el estatus es frágil y puede variar según la experiencia del paciente. Esto evidencia que el respeto y el reconocimiento no es una asignación automática, sino que depende del trato y de la atención percibida y recibida.

Por otra parte, el estatus percibido por el personal de salud, tiende a estar vinculado con su formación académica y su posición dentro de la jerarquía del sistema de salud y las responsabilidades que se los posiciona como aquellos encargados de aliviar el dolor y de salvar la vida de personas. Este estatus influye en cómo los profesionales de la salud se interrelacionan con los usuarios, debido a que se puede generar algunos malos entendidos, ocasionados por un desajuste entre cómo se piensa se debe ser considerados por el usuario. Sin embargo, la manera en la que se percibe al personal de salud varía dependiendo al contexto cultural y social en el que se desarrolla la práctica médica.

En este contexto, una situación que genera incomodidad en los y las médicos es cuando algunos usuarios y usuarias nombran como “señorita” a las médicas del Centro de Salud y, por otra parte, consideran como “doctora” a las enfermeras, lo que es percibido por el personal de salud como una confusión de estatus y que, por lo tanto, les incomoda. Desde nuestras observaciones hemos podido comprender que esta situación se debe a que las enfermeras han tenido un mayor tiempo de contacto en la interrelación con los usuarios, en cambio las y los médicos rotan de manera periódica. Sin embargo, el médico HH, le ha atribuido a este hecho una explicación distinta:

...los pacientes no tienen una buena..., un buen criterio y le hace el vacío referente a cuál es tu grupo ocupacional, a mi personal técnico en Iquitos le saludaban, técnico líder como está técnico, enfermera o sino obstetra, obstetra tal, como está, o sino en los caseríos, aquí no, aquí por zalamería o por esto... todos son doctores, empezando por el chofer y el personal técnico, hasta limpieza. (Médico HH, 2023)

El médico expresa una incomodidad evidente y hace referencia a la “zalamería”. Según su percepción se refiere a una condescendencia por parte del usuario hacia el personal de salud. Además, se hace una comparación con otros lugares en los que el médico ha laborado y en donde desde su punto de vista la población le otorgaba los reconocimientos correspondientes al personal de salud según su especialidad. Desde una postura de inconformidad el médico HH, realiza un enunciado de inconformidad en donde la categoría de “doctor” es asignada a todo personal del Centro de Salud sin distinción. Hecho que evidentemente para el médico no

debería ser así, sino que cada quien según su especialidad debería tener una categoría de reconocimiento específica.

En este sentido, podemos notar como la categoría de “doctor” va cargada de una asignación de estatus implícita, a diferencia de “personal técnico” o “chofer”. La ocurrencia de esta situación encuentra explicación desde varias perspectivas, por ejemplo, el médico HH considera lo siguiente:

Es por buscar un mejor trato, piensan que diciéndoles así doctor o esto van a recibir un trato preferencial, y algunos desconocen también, no diferencian y piensan que a todos deben decirles doctor, entonces por ahí es el error alguna vez también, a las colegas más que nada nunca le dicen doctora, sí no diferencia, al personal técnico le dicen doctora, y al médico que sea de aquí sentado no le dicen doctora si no le dicen señorita, mis colegas se sienten un poquito relegadas entonces por ahí, hay ciertas diferencias que hace el personal, nada más porque les conocen más a ellos que a nosotros. (Médico HH, 2023)

Se evidencian dos comprensiones de la ocurrencia de esta situación: primero, el médico percibe una condescendencia del usuario para con el personal de salud en busca de un “trato preferencial”. En este caso se puede comprender que la categoría “doctor” es una categoría preferencial. Por otra parte, el médico considera que el uso indiscriminado de la categoría “doctor” recae en un insuficiente conocimiento del usuario. En este sentido, se corrobora lo mencionado anteriormente, pues explica que la causa de esta situación, se debe a que las enfermeras o “el personal técnico” —más aún el personal nombrado— han tenido una interrelación de mayor antigüedad con los usuarios a diferencia de la intermitencia de los médicos. Esto genera la confusión al utilizar la categoría, pues el personal de enfermería es con quien se realiza el primer contacto en el proceso de atención médica y, como se ha mencionado anteriormente es con quien se tiene mayor confianza. A esto se refiere la médico SS:

No siempre, con algunos pacientes si te puedes identificar, pero ya la población siempre es constante que viene entonces ya los conoces, pero por más que le digas que eres tal persona [doctora] siempre te van a decir que eres señorita. Cómo acá el personal más antiguo son las licenciadas y los técnicos entonces la población ya los ve como a toditos les dicen doctor, y como nosotros el personal médico estamos llegando los cuatro que somos nuevos somos 2 mujeres y entonces se las mujeres nos dicen señoritas y ya, está bien. (Médico SS, 2023)

La percepción de la médico refleja una aceptación de este hecho, pues a pesar de sus intentos por explicar que es la “doctora” del Centro de Salud, los usuarios la reconocen como

“señorita”. Esta situación le genera incomodidad, pero, en última instancia, se evidencia una resignación de su parte. La médico comprende esta situación como parte de la dinámica de interrelación entre el personal de salud más antiguo y los usuarios.

Por su parte, el médico PBA, considera esta situación como una falta de respeto a sus colegas:

Hay eso, eso es bien marcado desde siempre, acá siempre pues no, a cualquier personal si es médico y si es femenino, no le van a tratar como doctora, si no le van a decir señorita y eso pasa, si es acá en Cusco o en Puerto Maldonado hay eso, o sea no hay el respeto digamos para la doctora mujer del sexo femenino, no le dicen jaja, y eso va a pasar digamos hasta en los hospitales, salvo en Lima, que ya saben que es mujer y que es doctora, acá en cambio a la doctora le dicen: señorita. (Médico PBA, 2023)

Se constata la confusión de estatus, pero se le otorga una carga de significado distinta. A diferencia del médico HH, el médico PBA, señala que existe una similitud de la ocurrencia de este hecho con otros lugares en donde ha laborado a diferencia de la ciudad de Lima. Sin embargo, comprende que este tipo de eventos es una falta de respeto a sus colegas y a diferencia de la médico SS, considera que esta situación debe ser corregida:

La idiosincrasia de la población, mmm, bueno habrían dos aspectos de eso porque incluso, hay personas que son de las comunidades, entran llegan y a a toditos le dice el doctor, o sea, es doctor el personal técnico, el del laboratorio, el de limpieza... Ahora por ejemplo en el caso de las doctoras, le dice señora o señorita, sí pasa delante mío incluso. Yo por ejemplo a veces no estoy atendiendo paciente y le llaman señorita, entonces yo le tengo que decir es la doctora también, ah perdón señorita le dicen, entonces eso pasa, mayormente acá en esta parte de la serranía, no sé, no he trabajado en otros lados solamente en Puerto, pero sí también he escuchado que le decían señorita a la doctora, que era mujer, señorita o señora le dicen. (Médico PBA, 2023)

En el testimonio anterior, la causa reconocida de la confusión de estatus es la “idiosincrasia” de la población, entendida como algo distintivo de las personas de la población parureña. Pero destaca que las personas que incurren en este hecho son las personas de las comunidades quienes denominan como doctor a todas las personas que laboran en el Centro de Salud, a diferencia del médico HH, en este caso, la intención de los pobladores no es buscar una atención preferencial sino solamente se trata de un rasgo que es característico de poblaciones rurales, o como el médico lo entiende “la serranía”. Un detalle que se destaca la percepción del médico es que este intenta corregir la situación, haciéndoles notar a los usuarios

que las médicas no son señoritas, sino son doctoras en un intento por devolver este reconocimiento a sus colegas.

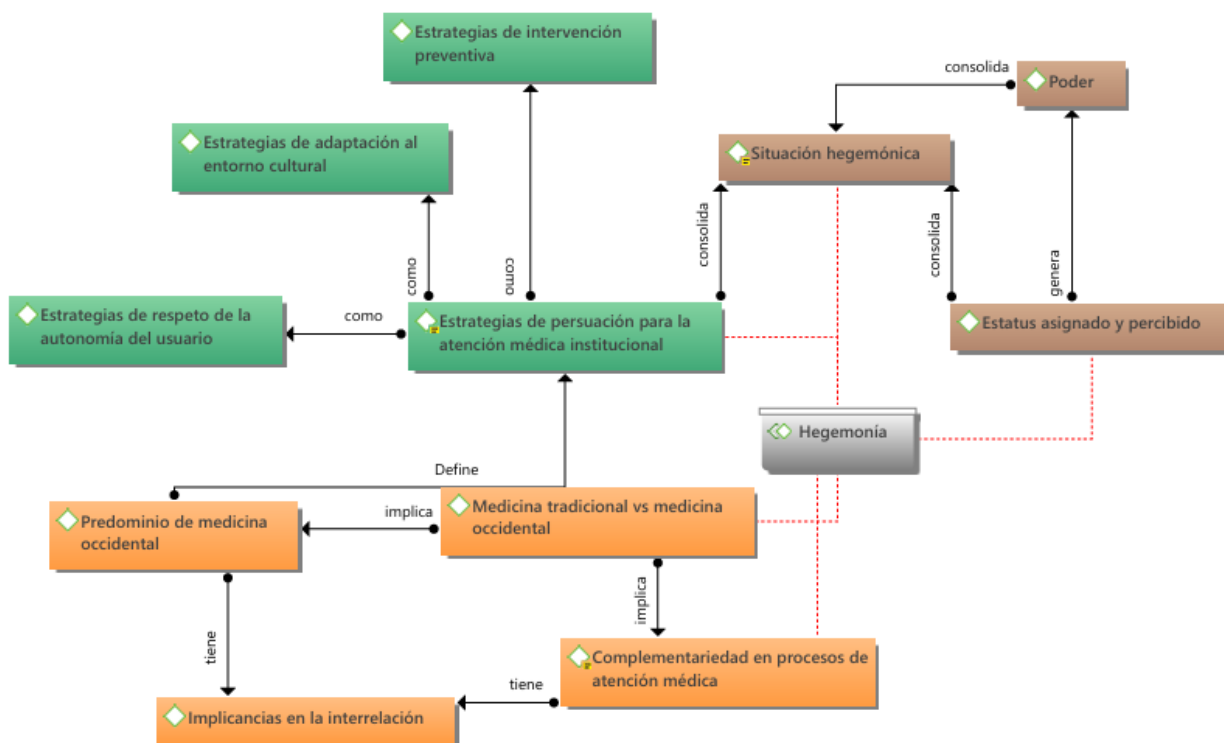
Otro de los aspectos que inciden en la asignación de estatus es el institucional, debido a que el espacio en donde se ofrecen los servicios de salud es administrado por la entidad hegemónica por excelencia: el Estado. Esta entidad, ejerce y ha ejercido su poder históricamente, de formas en las que incluyen incluso coerción violenta pero también violencia que se manifiesta de maneras encubiertas, como por ejemplo la violencia simbólica.

La condición subalterna del paciente y el proceso de enfermedad, que implica en la mayoría de los casos una sensación de dolor, que varía desde un dolor casi sensible hasta lo insoportable y, que además va acompañada de un sentimiento de incertidumbre conlleva que los subalternos aceptan sin cuestionamiento alguno, las decisiones tomadas por el personal de salud, de esta manera se legitima y se contribuye en reproducir la estructura de dominación de la que son parte los subalternos. Spivak (1985), examina este aspecto haciendo una analogía con la clase del lumpenproletariado (se refiere a la clase en donde se encuentran las personas en estado de mendicidad) y las condiciones de vida en que estos se desenvuelven, mencionando que, cuando el subalterno se encuentra en condiciones, deplorables de indigencia, en ese plano de supervivencia ajustada, en ese nivel de desesperación, busca sobrevivir de cualquier manera haciendo uso de todo lo que esté a su alcance, por ello se puede concebir que el subalterno busque una alianza con la clase hegemónica dominante.

4.1.6. Balance

En este apartado hemos abordado el concepto de hegemonía, el cual se manifiesta de diferentes formas en la interrelación entre el personal médico y los usuarios. La hegemonía, entendida como el predominio de una forma de conocimiento y poder sobre otras, se evidencia en la manera en cómo la biomedicina se presenta como la principal opción de tratamiento, mientras que otras prácticas médicas, como las tradicionales, son relegadas o integradas de forma secundaria y en el mejor de los casos como una forma complementaria. En la siguiente red, se puede apreciar un panorama de los temas que hemos tratado en esta sección.

Figura 14
Red de categorías sobre situación de hegemonía



Nota: elaboración propia

En primer lugar, el predominio del modelo médico hegemónico en la interrelación entre el personal de salud y los usuarios en el servicio de atención médica primaria, revela una desconfianza hacia la medicina tradicional, a pesar de que en ciertas circunstancias se reconoce cierta eficacia. De esta manera lo biomédico se consolida como la base del tratamiento ofrecido en el Centro de Salud y lo tradicional solo se permite en tanto no interfiera con el tratamiento biomédico. En este sentido, dicho predominio tiene implicancia en la interrelación entre ambos, y guardan correspondencia con la variabilidad de percepciones enunciadas en por el personal de salud. En dicho espectro de percepciones se ha podido evidenciar una variedad de actitudes desde algunas más flexibles que consideran un mayor reconocimiento y respeto a la medicina tradicional hasta otras que expresan una posición mucho más hermética, que implica además una dirección ideológica en la interacción con el usuario.

Por otra parte, se ha podido dar cuenta de que, así como existe una tendencia al predominio existen también percepciones relacionadas a la complementariedad. A pesar, de que no se ha podido notar un enriquecimiento mutuo para una interculturalidad positiva. Se ha podido dar cuenta de un primer paso en el reconocimiento de la medicina tradicional como complementaria. Sin embargo, al igual que en el caso de predominio, las percepciones sobre la

complementariedad van desde una simple tolerancia y respeto hasta una perspectiva orientada a la articulación y el uso complementario. En este sentido, podemos entender que percepciones más flexibles implican también una flexibilidad al momento de la interrelación durante la consulta médica pues se considera la dimensión cultural y subjetiva del paciente en busca de su bienestar.

Sin embargo, el personal de salud reconoce que el énfasis de los tratamientos brindados en el Centro de Salud se basa en el modelo médico hegemónico. Por ello, se han desarrollado una serie de estrategias para que el usuario pueda acudir a atenderse en el Centro de Salud en vista de su eficacia en comparación con otros tratamientos tradicionales realizados en casa. Estas estrategias se han podido identificar como, primero, estrategias de intervención preventiva, orientados a que la enfermedad no se complique a futuro debido a que fue tratada en casa con tratamiento tradicional. Segundo, el respeto por la autonomía de las usuarias, de manera que no teman a actitudes impositivas que puedan generar renuencia. Y, estrategias de adaptación al entorno cultural a partir del cual se integran elementos culturales para que los usuarios puedan sentirse cómodos. Si bien esta estrategia es fundamental en una relación intercultural positiva, dicha integración solo reconoce a los elementos culturales de forma superficial sin comprender el contenido simbólico que subyace.

Por último, hemos abordado el estatus asignado y percibido que tiene que ver con como el personal de salud se percibe en el marco de la práctica médica que realizan y como se le asigna un estatus por parte de los usuarios. En este sentido, los y las médicos sienten una incomodidad evidente cuando los usuarios confunden la categoría de “doctora” nombran de esta manera a otro personal de salud que no es la médico. A partir de ello, pudimos notar que la categoría de “doctora” se encuentra cargada de un significado relacionado a un estatus otorgado al médico y basado en el reconocimiento de su formación profesional y de su conocimiento especializado.

Así en este apartado, se ha podido evidenciar la hegemonía del modelo médico hegemónico en la forma en como la biomedicina, que implican prácticas y aspectos simbólicos implícitos como el estatus. En balance, la hegemonía biomédica, en la interrelación entre ambos actores, se ve reforzada tanto por las actitudes del personal de salud como por la asignación de un estatus por el usuario, de manera que se refuerza una relación de poder en la que la biomedicina domina el campo de acción.

CAPITULO V

LA CONDICIÓN DE SUBALTERNIDAD EN LAS RELACIONES DE PODER ENTRE EL PERSONAL DE SALUD Y LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE ATENCIÓN MÉDICA PRIMARIA

Junto a la hegemonía, el concepto de subalternidad es clave en la teoría de Gramsci y más tarde este concepto sería utilizado en la corriente de estudios poscoloniales de la India por teóricas como Gayatri Spivak. La subalternidad se refiere a formas de opresión de grupos frente a sistemas que mantienen una dirigencia ideológica en una sociedad. Tanto para Gramsci como para Spivak, las clases subalternas son aquellas que se encuentran sometidas a una clase dominante, cuya cultura y formas de ver el mundo imponen su dominio, desplazando así las voces y las prácticas de los subalternos (Hernández, 2013).

En este contexto el sistema de salud estatal erigido sobre el modelo médico hegemónico, representa una estructura de poder. En dicha estructura, las personas subalternizadas experimentan una alteridad, la cual es propia de una interrelación intercultural de hecho, sin embargo, en este caso, esta se ve reforzada por la incapacidad de poder enunciarse a plenitud.

En esta misma línea, Spivak (1985) argumenta que la subalternidad no solo implica una presión económica o ideológica, sino que parte de esta condición es también la invisibilización en los espacios de enunciación. La teórica feminista india, establece que las voces subalternizadas encarnadas especialmente en mujeres y grupos colonizados —como etnias y población campesina—, son silenciadas y no tienen acceso a canales de representación. En otras palabras, la propuesta teórica en la que nos apoyamos tiene que ver con que el subalterno, a pesar de que puede ser observado o estudiado, no tiene el mismo poder de “decir”, debido a que su discurso o las narrativas que forman parte de la manera en la que ve el mundo, esta mediado por estructuras hegemónicas.

Lo anterior posee una particular importancia en la presente investigación, pues, en el caso del Centro de Salud de Paruro, la medicina tradicional se consolida como un modelo médico subalterno en relación a la biomedicina hegemónica (Menéndez, 2020a). Esto tiene implicaciones en la interrelación entre el personal de salud y los usuarios, ya que, como vimos en el apartado anterior, la primacía de la biomedicina y la desconfianza del personal de salud hacia la medicina tradicional han generado una serie de preferencias y expectativas en los usuarios. Estas, se encuentran relacionadas a la inclinación por la medicina tradicional o la biomedicina dependiendo de las circunstancias que influyen en su decisión.

5.1. Capacidad resolutive del Centro de Salud y valoración de la atención médica por parte de los usuarios

En este primer apartado, abordaremos la perspectiva de usuarios y usuarias del Centro de Salud del distrito de Paruro en el servicio de atención médica primaria. Describiremos como se valora la atención médica en esta institución y la manera en cómo se percibe la capacidad resolutive de dicho centro en relación con las necesidades de salud. Estos aspectos serán comprendidos integrando el concepto de experiencias desde la subalternidad, en los cuales se incluye el punto de vista de los usuarios —complementado con la perspectiva del personal de salud— que se ven insertos en las relaciones de poder en las que la biomedicina se ha posicionado como la alternativa hegemónica.

En el Centro de Salud, la subalternidad se manifiesta, tanto a nivel de subordinación de prácticas tradicionales para la salud frente al modelo médico hegemónico —como vimos en el apartado dedicado a la hegemonía—, pero, sobre todo, se evidencia una condición de subordinación frente a la imperativa necesidad de atender las enfermedades propias y del entorno familiar.

En más de una ocasión, hemos podido observar que la necesidad de atención médica efectiva que pueda recuperar la salud de las personas, orilla a los usuarios a recurrir a este espacio médico, subordinándose de esta manera al modelo médico hegemónico. Esto se evidencia sobre todo cuando la enfermedad produce un dolor importante y a su vez una incertidumbre de la situación de la salud del usuario.

Sin embargo, debemos considerar que el derecho a la salud es —y debe ser— una capacidad humana fundamental. A pesar de la primacía biomédica, característica de la atención médica del Centro de Salud, el derecho a su acceso puede ser entendido como una condición de suma importancia para el ejercicio de las potencialidades de los usuarios y en consecuencia para la consecución de una vida valorada y digna (Vélez-Arango, 2015).

En este marco, la valoración de la atención médica primaria en el Centro de Salud como parte del derecho a la salud, desde la perspectiva de los usuarios, evidencia que estos no aceptan de forma necesariamente pasiva al modelo médico hegemónico. Las valoraciones realizadas sobre la atención médica se entrelazan con experiencias previas vivenciadas, con situaciones observadas de casos de otras personas y el grado de confianza de la capacidad resolutive del Centro de Salud. De esta manera, la interrelación desde la perspectiva del usuario se ve influenciada por dichas experiencias, desarrollándose una interacción compleja, influyendo en factores que determinan la satisfacción y el uso continuado del servicio.

A continuación, presentamos valoraciones sobre la atención médica. Estas están asociadas a como perciben los usuarios la interrelación con el personal de salud. Además, junto a todo ello, aparecen articuladas percepciones referidas a la capacidad resolutoria del Centro de Salud, independientemente si se trata de una valoración de tipo positiva o negativa.

5.1.1. Valoraciones positivas

Los testimonios relacionados a una valoración positiva de la atención médica primaria y por lo tanto de la interrelación con los médicos y las enfermeras están caracterizadas generalmente por la amabilidad y la comprensión en el trato. Estas características son altamente valoradas por los usuarios que han percibido como buena la atención médica.

Las valoraciones positivas expresadas articulan tanto la calidad de la atención médica, como la interrelación con el médico. Ambos factores se encuentran siempre expresados juntos. De esta manera, una atención de calidad implica que la interrelación con el médico o la médico fue positiva. Durante el trabajo de campo, pudimos acompañar a F, a una consulta con el médico, se trataba de una actividad que para ella ya era rutinaria, por lo que no tuvo ningún inconveniente para que la podamos seguir. Debido a su experiencia anterior, el proceso antes de la consulta, es decir, el paso por triaje y su registro del FUA, fue notablemente sencillo, y no ocurrió ningún tipo de complicación. No se trataba de una hora punta, y el Centro de Salud, se encontraba parcialmente vacío, con solamente tres usuarios más esperando. La médico EP, que se encontraba de turno, la llama por su nombre y ella se dispone a ingresar al consultorio. A la salida del consultorio, ella se encontraba completamente satisfecha por el trato que había recibido. La recomendación de la médico, en este caso específico no requirió que F pasara por farmacia a recoger algún medicamento, por lo que, una vez terminada la consulta se dispuso a ir a casa. La acompañamos de vuelta durante todo ese trayecto y mientras nos contaba su experiencia. Debemos precisar que la influencia de nuestra presencia en el Centro de Salud ha podido incentivar a que las opiniones y las acciones de los actores involucrados puedan estar sesgadas. Sin embargo, hemos buscado realizar un seguimiento de las vivencias anteriores de las y los usuarios para poder verificar una valoración integral de la experiencia desde una posición subalterna en el Centro de Salud.

F, nos ha manifestado que nunca ha tenido una mala experiencia en el Centro de Salud de Paruro, a pesar de que reconoce algunas deficiencias e insuficiencias. Nos comenta que la consulta le había parecido buena, ella buscaba atenderse por una afección en la boca, de la cual no quisimos incidir por un compromiso ético, y en este caso específico no fue del interés de nuestra interlocutora contárnoslo. F nos menciona lo siguiente:

Bien me pareció bien muy bien la consulta muy bien la doctora. (Usuaría F, 2023)

Los doctores son buenos comprensivos siempre nos tratan bien... El médico siempre ha sido muy amable... (Usuaría F, 2023)

Entonces, la opinión de F, valora la consulta como buena. Una vez que buscamos averiguar más en cómo fueron sus experiencias anteriores, la respuesta fue similar. La vivencia de F, en establecimientos de salud ha sido bastante extensa pues padece de una enfermedad crónica en los huesos la cual le obliga a asistir periódicamente al servicio de atención médica primaria en el Centro de Salud de Paruro y también a atención más especializada en el Hospital Antonio Lorena de Cusco, a partir de una referencia a un especialista en traumatología.

Esto le ha hecho valorar aún más la atención del Centro de Salud de Paruro, pues, desde su perspectiva este establecimiento es mucho más cómodo que el Hospital en Cusco.

Todo es tranquilo, no es como en el Cusco, ahí como somos tanta gente mucha aglomeración eso sí más bien incomoda con el mal que tenemos incomoda, pero aquí es, hay poca gente, más tranquilo es la atención todo. (Usuaría F, 2023)

Durante el trabajo de campo en el Centro de Salud hemos podido verificar este hecho. No se trata de una aglomeración de usuarios, sino que la cantidad de los mismos suele ser menor durante algunas horas y en otras la afluencia de usuarios se incrementa notablemente. A pesar de que todo ello sea la situación común en el Centro de Salud, también pudimos notar en más de una oportunidad que la falta de personal de salud para atender a los usuarios en horas de alta afluencia suele ser una limitante notable y generar algunos conflictos.

Así la enfermedad de F, le ha orillado —pues ella no tiene de otra opción en vista de la cronicidad de su enfermedad— a aceptar todo tratamiento que le brindaban y brindan en establecimientos oficiales de salud. En su experiencia “nunca le ha faltado nada”, por lo que la capacidad resolutoria del Centro de Salud de Paruro es valorada también de forma positiva. Sin embargo, deja expreso también que ha podido notar que falta algo. Pudimos notar en F, cierto temor por hacernos saber cuáles son las insuficiencias en el Centro de Salud, pero en base a sus observaciones la valoración positiva sobre la capacidad resolutoria no es del todo consolidada:

Siempre recibo lo que me atienden, no falta nada, pero debe de faltar algo. (Usuaría F, 2023)

Entonces, a pesar de que desde su perspectiva no suele “faltar nada” en la atención y la interrelación con el personal de salud suele ser positiva, deja en evidencia que la capacidad resolutoria del Centro de Salud no es del todo suficiente para otros usuarios.

Durante los diálogos sostenidos con F, hemos podido notar que su adhesión al modelo médico hegemónico se encuentra mediado sobre todo por la importante presencia de los

medicamentos y de la atención médica en su cotidianidad, debido a su enfermedad. En vista del dolor que siente F requiere —en ocasiones con urgencia— dicha atención. A pesar de las limitaciones del Centro de Salud, ella valora que lo que han podido brindar y le brindan en la actualidad, y sobre todo que esto le ha podido servir para sobrellevar su padecimiento y reducir su malestar de tal forma que ha podido seguir con su vida cotidiana.

La experiencia de F, nos da cuenta de que la subalternidad puede interpretarse en este caso como una aceptación del modelo médico hegemónico. Spivak (1985), argumenta que el subalterno puede aceptar las condiciones y los modos de ver del grupo hegemónico cuando su condición lo obliga a hacerlo. Desde la perspectiva teórica de esta autora, esta adhesión implica un proceso acrítico. La perspectiva de F, no cuenta necesariamente con dicha característica, a pesar de su adhesión a la biomedicina y a sus tratamientos, no considera a esta alternativa como la opción primaria o única. Sino que reconoce a la medicina tradicional como una opción igual de válida, aunque, con base en la experiencia con su enfermedad, de menor eficacia a corto plazo. Haremos énfasis en este aspecto más adelante.

En retrospectiva, la subalternidad, en este caso, se manifiesta en la falta de alternativas de F, que hace que se acepte de forma pasiva la atención en salud a pesar de que su opinión sobre la capacidad resolutoria del Centro de Salud sea parcial. Así, a pesar de que considera la interrelación como amable o buena, F, se encuentra en una posición en la cual depende del Centro de Salud, así, dentro de las limitaciones de su situación, no tiene otra opción.

La pareja de esposos usuarios del Centro de Salud XS y SN, manifestaron al igual que F, valoraciones positivas sobre la interrelación con el personal de salud. Ellos, nos ha podido contar que acuden al Centro de Salud por diferentes enfermedades, SN, tiene diabetes por lo que requiere constantemente realizarse controles de glucosa en el servicio de atención médica primaria. Por su parte, XS nos comenta que ha presentado fuertes dolores de espalda baja que le ha ocasionado un severo cuadro de insomnio en los últimos meses, en consecuencia, ha tenido que acudir constantemente al Centro de Salud en busca de tratamiento durante algunos periodos, sobre todo cuando el dolor vuelve.

Al igual que el caso anterior, establecemos que ambos se encuentran en una posición subalterna, pues la atención que reciben en el Centro de Salud, se encuentra orientada a la opción biomédica como opción primaria de tratamiento. En ambos casos, se puede notar un aprecio por el personal de salud, y se ha hecho un fuerte énfasis en que la atención recibida fue buena:

Acá bueno, vienen buenos doctores, sí porque se han ido unos doctores, eran de allá de mi pueblo Canas, de Canas, Era bueno un médico moreno, se lo han cambiado en dónde

estará, de ahí, había otro doctor un doctor, cómo se llama H..., uno bajo nomas, entonces ese me decía esto esto compras, esto compras caballero, bueno me ha dado, ahora último estos también están buenos, la enfermera también, es enfermera también atiende, ella también es buena, el otro doctor también es bueno. (Usuario XS, 2023)

En el testimonio de XS, se hace mención de experiencias anteriores con los médicos en el Centro de Salud. Un detalle clave que se debe resaltar es el hecho de la cercanía entre el médico y el paciente. En esta situación, XS, al provenir de comunidades fuera de Paruro, y después haber residido en esta provincia por muchos años, ha generado que la sensación de cercanía cultural con el médico H —el cual ya labora en el Centro de Salud de Paruro— influya en la sensación de buen trato y calidad de atención.

La doctora también es buena, es una buena doctora. La consulta depende de lo que tienes es que a veces tu enfermedad está avanzada y en eso demora nomás demora tiempo, demuranpuni, tapuhuanku, demorayku [siempre demora, nos preguntan en eso demoramos]. (Usuario XS, 2023)

Por su parte, las experiencias sobre la situación actual de la interrelación, siguen la misma tendencia de valoración positiva. A pesar de las experiencias de demora, esta situación se acepta como parte natural del proceso de atención médica y se entiende que es causado porque la médico cumple a cabalidad su labor, es decir tomándose el tiempo necesario, realizando las preguntas para un diagnóstico durante la consulta

Los testimonios de SN, son similares, valora de forma positiva la interrelación con el médico y considera que la atención médica es buena. Su valoración, ha sido de experiencias recientes, por lo tanto, sus experiencias son mucho más inmediatas:

Ari, antes de ayer no más, kayna punchaymi atindiman sumacta noqaykuta atindiwanku, ajá. (Usuaría SN, 2023)	Si, antes de ayer nomas nos han atendido bien a nosotros, ajá. (Usuaría SN, 2023)
--	---

SN, sin embargo, hace un mayor énfasis en que, a pesar de que su valoración propia sobre la atención médica esta es su percepción individual, de tal manera que sostiene que no puede hablar por otras personas:

Noqatata	allinllata	atindiwanku,	A mí me atienden bien, a otros no
waqintaka	imaynallan	manan chaytaqa	sé cómo los atenderán, a mi si me
yachanichu,	noqataqa	ari atindiwan	atienden bien. (Usuaría SN, 2023)
allinllata. (Usuaría SN, 2023)			

La idea de valoración propia, y de establecer un desconocimiento de la perspectiva de otras personas, se ha repetido de manera constante en la totalidad del diálogo entablado con SN. Este hecho concuerda con lo establecido por Hernández (2013) quien menciona que los grupos subalternos no han logrado unificarse, lo que implica una polifonía de voces subalternas distintas. Además, siguiendo a Spivak (1985), la subalternidad, se convierte en una categoría flexible, que depende de las circunstancias particulares de las personas subalternas, por lo que dentro de esta categoría caben una variedad de interpretaciones distintas. Sin embargo, pensamos que SN, destaca su valoración individual, con la finalidad de dar paso a las perspectivas de otras personas. Una vez terminamos la entrevista, la recomendación de SN y XS, fue que podamos hablar con otras personas para poder conocer otro tipo de valoraciones. Entendemos entonces que la finalidad de la pareja de ancianos fue que no se considere a su opinión como una valoración última o como una generalización.

En retrospectiva, SN reconoce las limitaciones de la propia perspectiva. Este gesto puede interpretarse en el sentido de que la subalternidad, no solo se expresa únicamente en una relación de poder asimétrica entre el personal de salud y los usuarios, sino también, en la diversidad de voces, vivencias y opiniones que se manifiestan en un espacio determinado. A continuación, en el siguiente apartado daremos cuenta de valoraciones negativas de la atención médica y de la interrelación con el personal de salud.

5.1.2. *Resignación sobre la capacidad resolutive: ¿milagrutachu ruankuman doctorpas?*

Si nos apoyan nos ayudan en cosas que le compete al especialista, si lo hacen con mayor parte, con dificultades, pero avanzan. (Usuario AA, 2023)

En este apartado abordaremos la resignación de los usuarios del Centro de Salud, trataremos sobre todo el caso de SN, quien a pesar de que reconoce una limitada capacidad resolutive del Centro de Salud acepta, aunque de manera resignada, que los médicos no pueden hacer “milagros” para hacer frente a esta situación. Debemos aclarar que las reflexiones de SN, se enfocan en el médico, de cuya valoración positiva nos hemos referido con anterioridad y no del sistema de salud público.

La resignación expresada en estos casos, se enmarcan en una aceptación de la incapacidad, entendida como la falta de recursos dentro del Centro de Salud. Esta forma de resignación, desde Spivak (1985), puede ser entendida en el sentido de que, los subalternos, a pesar de que puedan expresar sus inquietudes e insatisfacciones como en estos casos, esas voces no suelen ser escuchadas y no reciben la respuesta adecuada. Esto genera un ciclo de frustración generalizada, que en este caso responde a la resignación y en otros a búsqueda de alternativas, en ambos casos, los usuarios son orillados a aceptar las deficiencias del sistema de salud público.

Como habíamos mencionado, SN, tiene diabetes, por ello necesita acudir al Centro de Salud periódicamente. La frecuencia de su atención es mensual y en dicha atención SN, requiere realizarse controles de glucosa, en vista de su diabetes también requiere ciertos medicamentos, de los cuales no nos ha podido dar mayores explicaciones por su desconocimiento:

yo tengo diabetes glucosa y diabetes, entonces cada mes yo entro, haykunchis sapa killa trajetata kumanku sapa 23 de agosto haykunay, 25 de agosto haykunay yachaq. (Usuaría SN, 2023)

Yo tengo diabetes glucosa y diabetes, entonces cada mes yo entro, entramos cada mes tarjeta nos dan, cada 23 de agosto o cada 25 de agosto tengo que entrar a saber. (Usuaría SN, 2023)

Sin embargo, a pesar de que reconoce una atención buena por parte de los médicos, da cuenta también de que existen insuficiencias con respecto al acceso a medicamentos esenciales para su enfermedad. A pesar de que en muchas ocasiones su Seguro Integral de Salud (SIS), le permite acceder de manera gratuita a dichos medicamentos, en ocasiones ella tiene que comprar los medicamentos en las boticas locales. A pesar del gasto de dinero que implica este hecho, no parece influir en que la valoración de la atención médica primaria en el Centro de Salud es buena. En todo caso, desde su perspectiva, solamente este hecho, que según SN no es para nada la constante, condicionaría el buen servicio que viene recibiendo.

Para nosotros todos son buenos. A veces los medicamentos cuando vamos, en la posta no hay. Cuando tenemos seguro, claro, noqanqupas

Para nosotros todos son buenos. A veces los medicamentos cuando vamos, en la posta no hay. Cuando tenemos seguro, a nosotros el

seguruyku chayqa mana
vendiwankuchu. A algunas
personas no sé cómo atenderán,
noqaykutaqa allinta atindiwanku.
(Usuaría SN, 2023)

seguro no nos vende. A algunas
personas no sé cómo atenderán. A
nosotros nos atienden bien.
(Usuaría SN, 2023)

Se puede notar entonces, una dualidad en el testimonio de SN, por un lado, su percepción positiva es evidente, mientras que, por otro, acepta con resignación las limitaciones del Centro de Salud, manifestada en la falta de medicamentos. Este tipo de actitud se relaciona a la dependencia para con los medicamentos que se requieren para mantener y que —con notables deficiencias— son brindados por el Centro de Salud de forma gratuita. Por lo tanto, esta resignación, se relaciona a una falta de alternativas, a partir de la cual se opta por valorar lo positivo, obviando las limitaciones y sin cuestionar las carencias.

La situación de SN, sugiere una adaptación al contexto, donde la falta ocasional de medicamentos se acepta como algo inevitable y la buena atención que ella percibe de su interrelación con los médicos, parece estar más relacionada con el trato humano del personal más que con la capacidad resolutoria del Centro de Salud en su conjunto.

La falta de medicamentos en el Centro de Salud lleva a los usuarios a adquirirlos por su cuenta en lugares como las boticas del distrito. Aunque esta situación representa una clara deficiencia del sistema de salud público, SN, durante nuestro diálogo, tiende a justificar estas carencias aceptándolas como inevitables. Su perspectiva se centra en la resignación, expresando que no es posible para los “doctores” hacer mucho:

Imatataq paykuna ruanman manataq
kanchu chayri, manapas postapi kanchu
chayka, maymantataq apamunkuman,
mana qaqtinga siempre nihuankuya
chaypi farmaciapin kashan kayta
rantirakamuychis, imapataq,
¿milagrutachu ruankuman doctorpas,
manan enfermerapas? Chay recetachata
kumaqtinkuqa rantiqamuykuya, Si es
que qan chayqa seguruykuwayku
kumanku. (Usuaría SN, 2023)

Que pueden hacer ellos [los
doctores] si no hay, si no hay en
la posta de donde pueden traer, si
no hay siempre nos dicen en esa
farmacia hay eso comprese.
Para que, ¿milagro pueden hacer
el doctor y la enfermera? Si nos
dan esa recetita, nos compramos,
si es que hay con nuestro seguro
nos dan. (Usuaría SN, 2023)

Así, el testimonio de SN, refleja una resignación profunda ante la ineficacia de la capacidad resolutoria del Centro de Salud. Nuestra interlocutora reconoce la limitación de los recursos médicos en el Centro de Salud, sugiriendo que la ausencia de medicamentos y tratamientos adecuados es un obstáculo que queda fuera de las manos del personal médico. Esta perspectiva indica una aceptación de la incapacidad del sistema de salud público, donde los médicos y enfermeras son vistos más como intermediarios que como agentes de cambio. En todo caso, el personal de salud, vistos desde esta perspectiva se encuentran atrapados en un entorno donde los milagros no son posibles debido a la falta de insumos.

Por último, emergen dos aspectos importantes: la presencia de las boticas, de las cuales hablamos más adelante, y la responsabilidad que recae sobre los usuarios para satisfacer sus necesidades de salud en lugar de ser un “derecho” que se debe garantizar desde el Estado (Vélez-Arango, 2015). Esta dinámica no solo resalta una incapacidad sistemática y estructural en la salud pública, sino además pone de manifiesto un abandono desde los usuarios hasta el personal de salud.

5.1.3. Valoraciones negativas de la atención médica y quejas de la capacidad resolutoria del Centro de Salud

Desde el punto de vista de los usuarios, insertos en relaciones de poder, las valoraciones negativas están referidas tanto a una deficiencia en la atención médica y en la calidad de esta como también a una fuerte crítica de la capacidad resolutoria del Centro de Salud. En los testimonios presentados a continuación se expone una falta de confianza a dicha capacidad resolutoria.

A través de sus testimonios, los usuarios denuncian problemas que van más allá de la propia interacción, a pesar de que este aspecto también es mencionado. Se exponen fallos del sistema de salud que perpetúan la condición de subalternidad de los usuarios. En tal sentido, las quejas de los y las usuarias, pueden interpretarse no solo como una crítica a la atención médica recibida a la interrelación con el personal de salud, sino también, a una manifestación de desigualdad estructural que se vivencia en el marco de una relación intercultural de hecho. En concordancia con lo planteado por Tubino y Flores (2020), recalamos que las relaciones interculturales no solo están caracterizadas por una relación o “encuentro entre culturas” sino, además, por marcadas desigualdades, en este caso específico en materia de salud pública.

Durante las observaciones en el campo, hemos podido notar que el tiempo de espera de los usuarios para acceder a atención médica es variado. En ocasiones, la atención se realiza de forma inmediata, esto sucede, sobre todo, cuando la afluencia de usuarios es menor. Sin

embargo, cuando existe una importante cantidad de usuarios, esto sucede sobre todo pasado el mediodía, la espera suele ser mayor. Las inquietudes y la incomodidad de los usuarios son evidentes, por lo que suele ser el detonante de algunos reclamos al personal de salud. Nuestros interlocutores señalan que, la demora de la atención, es uno de los principales problemas en el Centro de Salud, esta idea ha sido planteada de distintas formas:

Bien lentos son, la vez que fui fue para una emergencia, no son activos creo los de Centro de Salud, si si no es hablar mal, nosotros llamamos de las comunidades así cuando están mal y no disponen carro nada. (Usuario AA, 2023)

Demoran pues eso sí demoran, eso sí estoy en contra pues, tienes que llamar al doctor te dicen. (Usuaría ZB, 2023)

Nuestros interlocutores, la pareja AA y ZB, son quienes nos han reportado mayores quejas del Centro de Salud; sin embargo, debemos aclarar que ello no implica que hayan tenido experiencias buenas con el personal de salud, como hemos mencionado en el apartado anterior.

La “lentitud” del personal de salud, es percibida como uno de los principales problemas en la atención médica. Esta lentitud se relaciona a una actitud, más que una rapidez de la atención. Esto quiere decir, que, desde estas perspectivas, el hecho de que el personal de salud demore se debe a una dejadez para con el usuario. A todo ello, está articulada la falta de las herramientas necesarias como el servicio de ambulancia o el hecho de tener que llamar al doctor. Esto último sucede sobre todo en emergencias, en las cuales se requiere trasladar a un usuario desde una comunidad alejada debido a una complicación grave en la salud de la persona.

Por su parte, el hecho de llamar al doctor tiene que ver con que los usuarios AA y ZB nos han comentado, que cuando existe una emergencia de noche u a altas horas de la noche, se tiene que realizar una llamada al doctor, debido a que este no se encuentra en el Centro de Salud. Esta situación ha sido reportada también durante festividades y paros. Lo que genera en los usuarios es incertidumbre, pues consideran que la enfermedad puede suceder en cualquier hora, incluyendo la noche, la fiesta o las piedras en la carretera por el paro:

Bueno a veces nadie estamos libres hasta medianoche te puedes enfermarte, la única sugerencia que le diría a ellos es que pongan la mano al pecho y trabajen, trabajen de manera correspondiente, por más que sea medianoche hoy en la mañana o cualquier hora, las 24 horas que funcione el centro de salud, las 24 horas tiene que funcionar y no por el hecho de que es medianoche, o por el hecho de que hay fiesta en Paruro, o que hay paro o que hay piedras en el camino, por el hecho que hay eso la población por el hecho que está en paro nosotros también no podemos trabajar no, entonces las 24 horas

que funcione pues, es una sugerencia, cosa que así de alguna manera mejoraríamos el Centro de Salud. (Usuaría ZB, 2023)

A partir de todo ello, se enuncia una sugerencia, basada en experiencias anteriores y en la incertidumbre generada por la ausencia de personal de salud y la insuficiente infraestructura percibida por los usuarios. Esta enunciación es fundamental, pues se trata de un reclamo válido que debe ser considerado como parte de la capacidad negada de enunciación del subalterno propuesto por Spivak (1985).

A pesar de que los usuarios que nos han comentado estos testimonios pertenecen al grupo subalternizado, su testimonio refleja una clara consciencia crítica sobre las fallas del Centro de Salud. Lejos de asumir una postura de resignación, ZB se anima a plantear sugerencias para la mejora del servicio. Con esto podemos afirmar, que la condición de subalternidad no implica necesariamente pasividad, sino que existen voces críticas que emergen de grupos, buscando la mejora de la situación que se vive. En este caso, resaltamos que el problema es el espacio de enunciación negado por grupos hegemónicos (Spivak, 1985), de un alcance macro, es decir, no son los médicos quienes no ofrecen dichos espacios, sino es el Estado quienes no han considerado la generación de espacios de enunciación suficientes en el campo de la salud para los usuarios.

Ahora bien, valoraciones relacionadas específicamente a la interrelación presentan un matiz, pues la interrelación negativa entre el personal médico y los usuarios, desde la perspectiva de estos últimos, se deben sobre todo a la inconsistencia de la atención y los sentimientos de insatisfacción generados por la falta de uniformidad en la calidad de los servicios. AA, es quien más ha vivido en carne propia experiencias que le han generado estos sentimientos:

(...) pero hay médicos también que que no te atienden bien por ejemplo, una fecha tengo entendido que hemos traído un paciente y de lo cual el otro médico creo ya estaba de salida, él de alguna manera nos ha atendido bien todavía, no se ha dicho ya vamos a poner estas cosas al toque, pero después otro día otro médico ya se ha cambiado, él ni siquiera ya quería tocar, eso pasó en el año 2019, dónde estará ese médico, después de la pandemia también igual, la misma cosa a veces te atienden y a veces no te atienden bien, el detalle es que cada persona cada profesional siempre tiene que cumplir bien, a veces tienen miedo de tocar la sangre de un ser humano curarle, porque esa vez cuando hemos llegado el otro médico nos atendió bien todo, pero después él estaba de salida libre ya, el otro que ha entrado mal ya ya no atendido bien. (Usuario AA, 2023)

En el testimonio de AA, se presenta una experiencia en donde se ha podido evidenciar el desinterés de algunos médicos y se reconoce que otros atienden bien. El caso del desinterés, ocurre sobre sobre todo cuando se trata de casos más complicados que implica procedimientos más agresivos e invasivos. Esto pone en evidencia una desigualdad en el trato y una incapacidad para la atención adecuada por parte de algunos médicos. Desde esta perspectiva, la falta de compromiso sugiere que el bienestar de los usuarios no siempre es una prioridad y se resalta la fuerte dependencia a la disposición y voluntad del personal de salud de turno. Esta situación refuerza una relación de poder, en la que los usuarios carecen de agencia propia para exigir y sobre todo alcanzar un servicio de calidad, en todo caso, desde este punto de vista se ha podido evidenciar que en casos de grave emergencia los usuarios quedan a merced del juicio o actitud del personal de salud encargado.

Además, al igual que ZB, AA, realiza enuncia enunciaciones importantes de sugerencia y realiza una exigencia de profesionalismo que no siempre se cumple. Este reclamo, desde la subalternidad, revela una expectativa de que los médicos puedan cumplir su rol de forma adecuada, algo que no siempre sucede. La subalternidad, se manifiesta en este caso, con la dificultad de los usuarios para cuestionar dichas fallas en el servicio y demandar una atención de mayor calidad. A pesar de que se ha reconocido un matiz que refleja una variabilidad en la atención, no se cuenta con los medios para poder garantizar que se trate siempre con el mismo nivel de profesionalismo.

La sensación de AA, sobre este aspecto transmite una sensación de frustración que ha desencadenado en una falta de confianza. Nuestro interlocutor, expresa más bien una incertidumbre sobre si recibirá una buena atención o no, esto incrementa la percepción de vulnerabilidad en la interacción con el personal de salud. Por otra parte, la pandemia parece ser un punto de quiebre, en donde a pesar de toda la situación vivida por la coyuntura de Covid 19, la situación, desde esta perspectiva, no parece haber mejorado, sino parece haber empeorado. Esto último se refleja en el siguiente testimonio:

Anteriormente [antes de pandemia], les buscaban a las señoras embarazadas, les buscaban y les llevaban al centro de salud, pero ahora creo que pésimo está, iban acá mismo en Paruro, iban y preguntaban cómo está tu embarazo sí, ahora las parejas también capacitaban, llevaban el psicólogo también les hablaba, cómo deben vivir. (Usuario AA, 2023)

AA nos ha comentado siempre que valora mucho la atención a comunidades campesinas alejadas, según nos ha comentado esta debe ser una de las principales labores del personal de salud y reconoce que una determinada época, el Centro de Salud brindaba

acompañamiento regular a las mujeres embarazadas de la región y a las parejas con acompañamiento psicológico.

A pesar de todo, se puede notar una valoración contundente “pésimo está”. Esto implica una importante pérdida de confianza en el Centro de Salud y en su capacidad para poder brindar atención y acompañamiento, en este caso, más relacionado a una tipología preventiva. Además, genera una percepción de abandono institucional, lo que exacerba una relación negativa entre los usuarios y el personal de salud.

5.1.4. Las boticas como alternativa

Ahora bien, en vista de todas las insuficiencias en la capacidad resolutive del Centro de Salud y en la demora de la atención médica, los usuarios han tenido que buscar alternativas, pues, desde su posición subalterna no han podido transformar una situación desventajosa cuyas causas emergen desde entidades mayores. Dichas estrategias, tienen que ver con buscar la atención médica que requieren, fuera del Centro de Salud. Así, surgen las boticas o farmacias del distrito como alternativas de primera mano. En estos espacios la atención requerida por el usuario y el tratamiento pertinente son brindados de manera mucho más rápida en comparación con el Centro de Salud.

La demora en la atención y la falta de acceso a medicamentos son los principales motivos identificados en los testimonios de los usuarios. Ambos factores han orillado a los usuarios y usuarias optar por la atención de las boticas atendidas por personal de salud que labora en el Centro de Salud u otros profesionales de la salud de otras instituciones en el distrito de Paruro.

Se queja la población la mayoría van a las boticas, acasito una médico trabaja en fiscalía es es este, en medicina legal trabaja, y acasito a puesto su botica y todo te dan ahí cómo es médico te receta ella nomasia. Todo le compran, hay 2 enfermeras de la posta técnicas también han puesto su botica, todos se van ahí nomasia y ella te da las recetas ya más rápido pues. (Usuaría MCG, 2023)

La falta en la capacidad resolutive del Centro de Salud, ha hecho que los usuarios opten por estos establecimientos para atender sus enfermedades. A pesar de que encuentran un paliativo y una forma mucho más rápida de atención, se ven privados de un servicio que debería ser gratuito y garantizado por el Centro de Salud en coordinación con otras instituciones. Además, esta observación sugiere un importante conflicto de intereses, pues los profesionales de la salud han visto una oportunidad en la ineficiencia de la capacidad resolutive del Centro de Salud y la aprovechan para sus propios fines. Esto afecta directamente, en ocasiones con una importante severidad al gasto de bolsillo de los usuarios, es decir, a hacer uso de dinero

propio para conseguir medicamentos que no son brindados en el Centro de Salud (Yon, 2017). Con tal situación, se ha podido identificar dos tipos de experiencias frente a esta problemática, en la primera, no existe una severa afectación al patrimonio económico del usuario, y a pesar de que si existe una severa molestia e incomodidad del usuario se prefiere cambiar dinero por un tiempo de espera menor:

Te compras, así que te cueste, pero ya te compras pue, en cambio vas a la posta hay que esperaaaar, horas y horas, eso se quejan todos cuando hay audiencia pública. (Usuaría MCG, 2023)

En cambio, en otra experiencia, el dinero si es una limitante importante, según este testimonio los medicamentos cuestan mucho en las boticas del distrito. Esta situación ha llevado a que el usuario XS, tenga que esperar a que sus hijos puedan enviar las medicinas desde la ciudad del Cusco, en donde no cuestan tanto como en Paruro. En este caso, se nota una fuerte afectación al patrimonio económico del usuario y en vista de la cronicidad de la enfermedad se requiere, de forma constante, comprar dicha medicación:

Acá venden, muy caro, en esas boticas, caro venden, entonces mi hija me manda de allá [de Cusco], así como hay bastantes boticas, entonces de ahí. Ese alprazolam es para relajante... por eso yo digo de repente no me hacen sanar así, la misma cosa es, yo creo que me sacan billete. (Usuario XS, 2023)

En el caso de XS, se requiere constantemente la compra de analgésicos para un dolor crónico en la espalda baja, además, en vista del insomnio que sufre, requiere de algunos otros medicamentos adicionales. Empero, algunos de estos insumos médicos no son brindados en el Centro de Salud. Esto ha generado un impacto importante en el gasto de bolsillo del usuario, pues, al ser varias las medicinas que requieren ser compradas, la inversión también crece, más aún porque, según la experiencia relatada, los medicamentos tienen un precio mayor. En vista de no poder cubrir los gastos en la compra de dichos medicamentos, XS, nos cuenta de que espera que su hija, radicada en Cusco, le pueda enviar las medicinas necesarias para aliviar su dolor. Al final, la preocupación del usuario, es el gasto vano de dinero, por ello teme gastar en los medicamentos de las boticas, y que estos no le den ningún tipo de resultado.

Ahora, bien, otro factor importante, luego de la falta de medicamentos en el Centro de Salud, es la demora excesiva para la atención. Este es un motivo de queja por parte de los usuarios, y frente a su incomodidad, optan para otra ocasión en la que requieran atención médica acudir a las boticas.

Ah eso sí, no sé por qué mucho demora la atención, no quieren ir la gente a hacerse atender a la posta, pero, al menos yo tengo mis amistades ahí pues no, y si rápido me

atienden, pero sí mayoría se quejan, cuándo van a la posta, no les atienden rápido y no sé a qué se dedicarán, entonces la gente optan ir más que todo acá a las boticas, de frente van a las boticas, no más ya, y se compran, no más, y la botica tienen las mismas enfermeras de la posta, las técnicas tienen sus boticas, entonces se van ahí y hay nomasia les dan sus recetas, y más fácil es la atención, sí. Por el facilismo ahí se van todos, ya no van a la posta. (Usuaría MCG, 2023)

Entonces, la renuencia de asistir al Centro de Salud es atribuido de forma mucho más evidente a la demora de la atención, el desconocimiento de esa demora sugiere una tendencia mayor a que este hecho siga sucediendo. Si bien MCG, da cuenta de que existe una interrelación que favorece a algunos usuarios, como ella misma afirma, esta no es la realidad de la mayoría de las personas atendidas. La preferencia por las boticas es relacionada en este caso al “facilismo”, término usado en este contexto para denotar la preferencia y la tendencia a elegir lo fácil o lo sencillo en la atención médica.

Lo anterior revela una severa deficiencia en el sistema de salud formal, el cual ha orillado a los usuarios buscar alternativas diferentes, priorizando en muchas ocasiones la rapidez de la atención sobre otros factores. Todo ello, se ve incrementado cuando se tiene una enfermedad que requiere una atención mucho más veloz, debido a la naturaleza de la enfermedad o del dolor, que termina acabando con la paciencia de los usuarios. La experiencia de ZB ilustra esta situación:

...te van a decirte espérate espérate, pero hasta eso la enfermedad ya no te va a esperar, te va a avanzar entonces lo más práctico que hago yo es, acá, en el centro de salud también la chica trabaja la señora ella también se atiende bien para qué decir, por más que no tiene tiempo, ya anda mi botica en mi botica te voy a poner, y ahí al toque te pone, a veces no hay medicamentos acá en el Centro de Salud, pero ella tiene acá, y entonces ¡chin!, te planta lo que es la penicilina, qué es bueno también para la neumonía, tres días seguiditos y te sana pues rápido, sí así, eso hace ella bien, y también incluso suerito le he hecho colocar a mi mamá, suero para que recupere su fuerza y todo. (Usuaría ZB, 2023)

Entonces, se pone en evidencia que la capacidad resolutoria de las boticas es mayor frente a las carencias del sistema formal de la salud en el aspecto de la rapidez de la atención. En el testimonio ZB, nos comenta, además, la deficiencia de los medicamentos al igual que los testimonios anteriores, sin embargo, pone el énfasis en que “la enfermedad no te va a esperar”, frente a ello la opción más viable y rápida es el acudir a una botica. Por otra parte, la confianza depositada en las boticas tiene que ver con la relación de confianza construida con

las enfermeras del Centro de Salud —aspecto que mencionamos en el apartado relacionado a comunicación intercultural—, a partir de esta experiencia se consolida la preferencia por las boticas como una alternativa igual o incluso de mayor validez en comparación con el Centro de Salud.

En balance, hemos identificado una relación desigual e ineficiencias en el Centro de Salud y como alternativa surgen las boticas. Desde la posición de subalternidad, los usuarios han buscado dar solución a una situación que les afecta, sin embargo, esta solución no siempre beneficia de manera directa a las personas, sino que, en todos los casos, ocurre un efecto colateral manifestado en el impacto en el gasto de bolsillo del usuario. De esta manera, la falta de capacidad de resolución del sistema de salud público y del carácter medicalizador (Menéndez, 2020), del modelo médico hegemónico, fomenta una dualidad en la que las boticas llenan vacíos urgentes en el acceso a medicamentos y servicios. En última instancia —a pesar de que de cierto modo se refuerza la interrelación con las enfermeras—, esta situación erosiona la confianza en el sistema de salud formal, consolidando a las boticas como la primera opción para muchos, sobre todo cuando el tiempo de espera es un factor crítico.

5.1.5. *Infraestructura y capacidad resolutive*

La infraestructura del Centro de Salud es uno de los aspectos problemáticos que han sido mencionados tanto por personal de salud como por usuarios. Consideramos este tema debido a que, esta situación da cuenta de cómo las necesidades de los usuarios no son plenamente cubiertas por el sistema de salud pública y el personal no puede hacer nada más que adaptarse a las circunstancias. En todo caso, se reproduce una desigualdad que no es mediada por la interrelación con el personal de salud, sino con la relación con un Estado que ha descuidado este aspecto. La experiencia subalterna se evidencia en este caso no solo en el usuario sino en el personal de salud, ambos grupos quedan sujetos a una insuficiente capacidad de enunciación (Spivak, 1985) que imposibilita una capacidad de cambio para un mejor cuidado del usuario.

Los testimonios recogidos expresan las limitaciones en la infraestructura del Centro. Por ejemplo, la enfermera MP menciona:

Falta mucho la misma infraestructura está pésima faltan muchas cosas para ser un Centro de una provincia. (Enfermera MP, 2023)

Desde esta perspectiva se sugiere que el Centro de Salud del distrito presenta severas deficiencias que no le permite estar a la altura de un establecimiento que acoge a un gran sector de la población. Esta percepción se comparte también entre los usuarios, como el caso de ZB, quien ha referido desde su experiencia que la infraestructura es un aspecto que debe ser

mejorado en el Centro de Salud. Pero no solo este aspecto, sino que, herramientas y mobiliario como camas, que se encuentran en un estado poco adecuado son parte también de esta problemática.

La relación entre el personal de salud y los usuarios se ve influenciada por dicha incapacidad resolutoria del Centro de Salud. Los trabajadores de la salud, como el caso de la obstetra GSZ, reconocen deficiencias que afectan la capacidad de los profesionales para brindar atención de calidad, lo cual genera una dinámica en la que las exigencias de los usuarios y la capacidad para satisfacer dichas exigencias pueden generar un potencial conflicto entre ambos actores sociales.

Creo que están deterioradas muchas cosas por ejemplo las pinzas y todas esas cositas.
(Obstetra GSZ, 2023)

Según la Plataforma Digital Única del Estado Peruano (s.f.), los centros de salud de nivel I-4, deben tener la capacidad de poder realizar diagnósticos haciendo uso de ecografías. Sin embargo, en el Centro de Salud de Paruro, no se ha podido evidenciar dicha herramienta para el diagnóstico. Esto ha hecho que los usuarios se vean orillados a acudir a la ciudad del Cusco para poder hacerse dicho diagnóstico que podría y debería haber podido hacerse en el Centro de Salud. Esto refleja cómo la infraestructura inadecuada no solo dificulta la interrelación entre el usuario y el personal de salud, sino que también incrementa la vulnerabilidad de los usuarios

Acá deben poner ecografía, eso que te saca una placa de que está uno mal, de riñones de cabeza del estómago pues, entonces eso. debe haber acá ecografía, es que nosotros vamos al Cusco, en clínica así nos cobra tanto tanto, por eso yo digo acá ecografía te falta, para sacar ecografía falta entonces con eso sería bueno. (Usuario XS, 2023)

El gasto que tiene que realizar el paciente en la ciudad del Cusco para hacerse el diagnóstico, más los pasajes y la estadía representan un costo importante que muchos usuarios no pueden pagar. En el caso de XS, la vulnerabilidad se incrementa en el hecho de que es un adulto mayor con un dolor crónico en la espalda baja, por lo que su movilización queda aún más afectada.

Esta carencia de infraestructura, materiales y tecnología médica, que debería estar presente en el Centro de Salud para beneficio de los usuarios, genera una distancia física entre los usuarios y el sistema de salud público, exacerbando una sensación de frustración y de consolidación de una preferencia adaptativa, es decir, la aceptación de una situación negativa sin crítica alguna.

Tabla 16
Consolidado de valoraciones de los usuarios

Valoraciones positivas	Manifestada por las usuarias de mayor edad. Se hace énfasis de que la atención y la interrelación es buena. Tiene que ver con una resignación de las carencias de medicamentos generadas por una capacidad resolutoria del Centro de Salud ineficiente. Se percibe que los médicos y las enfermeras no pueden hacer nada frente a estas carencias.
Valoraciones negativas	Expresados por usuarios y usuarias más jóvenes. Las quejas se refieren a la demora en la atención. Muchas veces no se encuentran los médicos por lo que se genera una incertidumbre. No hay medicamentos suficientes. Se opta por la atención y adquisición de medicamentos en las boticas. Para usuarios con enfermedades crónicas el gasto es mucho mayor y requieren que los medicamentos sean enviados por sus familiares desde Cusco.

5.2. Espacios de enunciación y subalternidad

Para Spivak (1985) el problema del subalterno se basa principalmente en los espacios de enunciación insuficientes o carentes. Según esta teórica, los grupos subalternos y colonizados son inherentemente heterogéneos, lo que implica que estas personas forman parte de múltiples dimensiones y contextos, en los cuales asumen posiciones particulares. Ello explica, que algunos usuarios manifiesten valoraciones positivas y resignación, mientras que otros son más abiertos en la crítica y la queja. En este sentido, la conciencia de los grupos subalternos no es unitaria, sino diversa, debido a su multidimensionalidad. Por lo tanto, los espacios de enunciación son esenciales para que las relaciones interculturales —que no solo implican interrelaciones entre culturas, sino también entre grupos hegemónicos y subalternos— puedan realizarse de manera que permita a los subalternos expresarse y ser entendidos.

En este apartado, abordamos los espacios de enunciación en el Centro de Salud, considerando una disonancia entre las percepciones de los usuarios y del personal de salud.

Los usuarios —como hemos mencionado en apartados anteriores— muestran cierta resignación que limita su capacidad de enunciar sus necesidades. Sin embargo, el personal de salud asegura que proporciona los medios para que las y los usuarios puedan ejercer su capacidad de enunciar, lo que sugiere una diferencia en la comprensión del problema. Esta diferencia, puede explicarse siguiendo lo propuesto por Spivak, desde una cuestión de escala: mientras que el personal de salud facilita la enunciación en el nivel micro, es decir, el contacto directo con los usuarios, la falta de un respaldo adecuado a nivel macro, vale decir instituciones como el MINSA o la DIRESA, impide que las demandas y necesidades de los usuarios se traduzcan en cambios efectivos.

5.2.1. *Apertura para opinar del usuario y la ineficacia del libro de reclamaciones*

En el Centro de Salud de Paruro, a pesar de que formalmente existen medios para la enunciación de los usuarios, estos no suelen ser eficaces, y desde las observaciones que realizamos en campo podemos decir que no son utilizados con regularidad. El personal de salud afirma que los usuarios tienen la libertad para opinar, de enunciar:

Tienen la libertad de opinar claro todo paciente tiene la libertad de eso, y si hay que ayudar si hay alguna oportunidad para mejorar bueno. (Médico ICR, 2023)

Sin embargo, esta afirmación de apertura contrasta con la realidad observada. Uno de los espacios formales donde se espera que los usuarios puedan ejercer su capacidad de enunciación es el “libro de reclamaciones”. Este libro, que se encuentra ubicado al lado del área de triaje, representa un canal formal para que los usuarios expresen sus quejas o sugerencias. Sin embargo, durante las observaciones hemos podido dar cuenta de que este medio no se utiliza de forma significativa. La enfermera MP, admite:

Acá no, solamente el libro de reclamaciones, no hay otro espacio. (Enfermera MP, 2023)

Esto refleja una falta de uso importante y la ausencia de canales formales eficaces para la enunciación del usuario. La falta de uso del libro de reclamaciones es confirmada por la médico ICR, quien destaca que el uso del libro de reclamaciones por parte de los usuarios, es en realidad, una situación rara:

Sí hay en triaje sugerencias, el personal que se llega a atender no manifiesta no hay, será eso uno de 1000 de 500 que lo utiliza. (Médico ICR, 2023)

Los usuarios, al momento de ser consultados por el libro de reclamaciones, en la mayoría de los casos han respondido con un “no sé la verdad”. En otros casos, la respuesta fue que no era necesario, pues no tenían ningún reclamo que realizar al personal de salud, evidenciando la resignación que habíamos mencionado anteriormente.

Además de la ineficacia del libro de reclamaciones, otros espacios formales como admisión o triaje tampoco promueven de forma directa una enunciación significativa, entendida como comprender al usuario, a pesar de que tampoco se nota una supresión de esta capacidad. Entonces, el usuario puede enunciarse, pero muchas veces estos enunciados son tomados con indiferencia o respondidos en base a otra lógica de atención de la salud hegemónica. La siguiente observación da cuenta de lo sugerido:

Domingo, por la mañana 10 am, solo hay una paciente en el Centro de Salud, se encuentra acompañada de sus dos hijas, se pregunta si hay alguien en ventanilla, pero nadie responde, toca, golpea la ventanilla en busca de alguien. La señora requiere recoger su historia médica, pues ha pisado un clavo y necesita con urgencia atención médica. Esto es curioso porque una atención de emergencia no debería considerar este proceso, sin embargo, parece ser que la usuaria desconoce esto y más sigue el procedimiento. En triaje, la mujer se ve desesperada: “no debo tener sangre, por eso no sale sangre, o debo tener alguna enfermedad”, le dice a la enfermera, “estaba pasando para la casa y en la basura había un clavo y caminando rápido lo pisé, pero no me sale sangre”. La personal de salud ignora la preocupación de la señora y solamente la atiende. Luego, con una evidente molestia, la enfermera le pregunta si tiene todas las dosis de vacunas antitetánicas, “solo dos dosis”, la enfermera responde con molestia: “por eso es importante ponerse las tres siempre”. (Fragmento de diario de campo, 2023)

En este caso, la usuaria tiene la capacidad de enunciar, pues nadie le impide expresar su preocupación: “no debo tener sangre”, “no me sale sangre” en un momento de notable desesperación y dolor. Sin embargo, a pesar de expresar en repetidas ocasiones dicha preocupación, no encuentra una respuesta suficiente por parte de la enfermera, que pueda contener y entender la desesperación de la usuaria. La mujer en todo caso, no posee la capacidad enunciar, es decir, ser comprendida, ser escuchada y que su exigencia, opinión y en este caso preocupación sea correspondida. La enfermera por su parte, se ve preocupada, si bien su indiferencia hacia las expresiones de la usuaria es evidente, no ha dejado de hacer su labor en atender la herida.

A pesar de que el personal de salud menciona que los usuarios tienen la oportunidad de expresar sus inquietudes en otros espacios, la participación del usuario o usuaria parece ser limitada. La obstetra GSZ, señala:

Sí hay si hay, el cuaderno de reclamos, pero tanto también acá vienen, pero así, este..., escrito no hay, pero sí nos informan... y si hay tiempo si normal pasan las pacientes sí podemos conversar un rato. (Obstetra GSZ, 2023)

Esto sugiere que la apertura existe, pero la capacidad de enunciar activa está condicionada por factores como el tiempo, o como en el caso anterior por la gravedad de la situación del usuario.

La falta de enunciación entonces, no solo se debe a la inexistencia de espacios accesibles sino también a una barrera más profunda relacionada a la manera en cómo se emiten y reciben los mensajes, es decir los usuarios —subalternos— codifican sus mensajes de una forma particular, basados en sus propios contextos culturales, experiencias y maneras de expresarse, mientras que el personal de salud interpreta esta demanda con indiferencia o como una falta de interés para reclamar formalmente.

Aunque algunos pacientes pueden ser directos al enunciarse, como señalan las médicas EP y ICR:

Eso depende de cada paciente hay pacientes que te dicen muy directamente las cosas y hay pacientes que no. (Médico EP, 2023)

Muchos otros optan por la resignación y el silencio, el cual puede interpretarse como una manifestación de la subalternidad, en la que los usuarios quedan al final relegados a una posición pasiva.

Entonces, a pesar de que formalmente existe el “libro de reclamaciones” como medio para la enunciación en el Centro de Salud de Paruro, este no es usado con regularidad, lo que limita la capacidad del usuario para enunciarse. Este problema, no solo radica en la disponibilidad física de los espacios sino en dinámicas de poder subyacentes que, si bien permiten la expresión del usuario, no escuchan/entienden de forma efectiva las voces de los subalternos.

5.2.2. *La interacción conflictiva y los malos entendidos*

Las interacciones conflictivas entre el personal de salud y los usuarios del Centro de Salud son situaciones que reflejan diferencias en las expectativas de ciertos usuarios. Estos conflictos, desde la perspectiva de los actores sociales, no siempre son evidentes o abiertamente confrontativos, durante el trabajo de campo, no hemos podido apreciar ningún tipo de conflicto, sin embargo, desde el punto de vista del personal de salud suelen ocurrir en su actividad cotidiana, por lo que la interacción conflictiva es una situación compleja.

Un ejemplo de dicha complejidad es que los usuarios niegan haber tenido conflictos con el personal de salud, la usuaria SN, por ejemplo, señala que ella nunca ha sido parte de un

conflicto con el personal de salud, pero reconoce, que las personas más jóvenes suelen ser parte de dichas discusiones:

No, manan nunca, sipascha
discuten pe, noqayku atindiwanku
allinllata, ari, imapaq llullakusun
niyqiman, ari, discutido no manan
noqa rimaymanchu millayta
Allinllan qayku noqayku,
waqimpajka joven imaynacha.
(Usuaría SN, 2023)

No, no, nunca, las jovencitas
discuten pe, a nosotros nos atienden
bien, para que vamos a mentir, si,
discutido no no, yo no puedo hablar
mal. Nosotros estamos bien nomas.
Para otros no sé cómo será.
(Usuaría SN, 2023)

Se evidencia entonces una diferencia generacional en la manera en cómo los usuarios interactúan con el personal de salud, particularmente en la forma en cómo se expresan los malos entendidos y los conflictos. Esto explica que usuarios como AA o usuarias como MCG y ZB, que son más jóvenes, expresan de forma mucho más abierta sus inconformidades durante nuestro diálogo. En cambio, usuarias de mayor edad como SN o F, parecen normalizar su posición de conformidad.

El personal de salud, por su parte, reconoce que los conflictos pueden emerger en ciertas ocasiones. La médica ICR destaca que estos conflictos pueden ser de fuerte intensidad fuera de los consultorios, e implican discusiones en las que se pierde el respeto y se dan sobre todo en espacios como triaje. Sin embargo, luego de que llegan a la consulta suelen estar más calmados y con actitud de mayor respeto.

Lo dicen en triaje o en las oficinas [se refiere a las discusiones], porque acá ya vienen un poco más calmados, más tranquilos, con respeto y con todo. (Médica ICR, 2023)

Esto sugiere que, a pesar de las tensiones existen, hay una tendencia de que las quejas sean manifestadas fuera de los consultorios. En esta línea, los malos entendidos y los conflictos son especialmente evidentes en situaciones de emergencia y, en este caso, son causados por los familiares de los usuarios, cuando se trata de derivaciones hospitalarias a los establecimientos de salud de mayor nivel en el Cusco. Los familiares a menudo exigen una atención veloz y no comprenden los procedimientos administrativos necesarios para realizar una referencia al hospital:

Hay algunos pacientes, familiares y sobre todo, que exigen no, a veces, en tópico estamos atendiendo una emergencia, estamos atendiendo y a veces quieren que se les

mande inmediatamente, pero a veces sin la referencia, hay pasos ¿no?, primero se debe hacer la coordinación con el hospital y previa coordinación con el hospital una vez que te acepta, recién se envía porque a veces no hay camas, y una vez que acepta recién se moviliza el paciente, y a veces demoras un poco y algunos familiares no entienden, porque a veces se les lleva, y si no te acepta el hospital no te reciben el paciente, y a veces la familia no entienden esa parte, y empiezan a hacer bulla, empiezan a ser problemas, de porque hasta ahora no le refieren, o lo tienen acá así, pero en tóxico mientras eso nosotros estamos estabilizando al paciente. (Enfermera SAB, 2023)

Entonces esta incompreensión genera tensiones importantes y frustración entre los familiares, quienes perciben que el personal de salud está demorando sin motivo, cuando en realidad están lidiando con procesos administrativos fuera de su control. La falta de una explicación clara y de un espacio adecuado para que los familiares comprendan el procedimiento contribuye a esta fricción.

Un factor que contribuye a los conflictos en el Centro de Salud, es la falta de personal cuya consecuencia es una demora en la atención que genera reclamos por parte los usuarios:

Nos falta personal digamos para las atenciones, o sea lo que falta acá es personal no hay personal, se demoran solamente porque sólo hay un personal y el otro se ha ido a almorzar, ha terminado su almuerzo recién ha venido y ha estado apoyando, entonces uno solo para ellos no abastece entonces hay momentos que también no viene paciente y ya bueno estamos bien no pero hay momentos en los que sí se necesita y ahí nos juntamos entonces qué pasa me traen la historia, y digamos el paciente ha llegado digamos a las 9 y me traen la historia ya 9 y 40, entonces el paciente ya ha visto que se está demorando mucho para la atención entonces no es nuestra culpa sino de triaje no , pero es por falta de personal. (Médico PBA, 2023)

En este caso, los conflictos no se encuentran directamente mediados por una actitud confrontativa de los actores sociales. Sino que, tiene que ver con la falta de personal que hace que el personal de salud encargado de administrar las historias se encuentre saturado. En las observaciones en campo, pudimos constatar dicha situación, pues una sola enfermera de turno es la encargada de atender, tanto triaje como la función administrativa, por lo que, en horas donde hay mayor afluencia de usuarios, la demora en la atención es más evidente.

Ahora bien, un grupo específico de usuarios, tienden a ser más exigentes, generando situaciones de conflicto. Desde la óptica del personal de salud, los usuarios de ESSALUD, son aquellos que tienen expectativas diferentes para con la atención médica primaria. Estos

usuarios suelen pedir mejores condiciones de la atención a diferencia de los usuarios provenientes de comunidades rurales de Paruro:

Sí, hay algunos que sí se incomodan cuando son algunos de ESSALUD, sobre todo, cuando vienen así personas no, son más exquisitos quieren que se les atienda mejor, pero lo hacemos todo con todo lo que contamos también y se les explica al paciente mira te vamos a hacer esto con estos materiales y si no les gusta se compran. (Enfermera MP, 2023)

Sí siempre los que más se rehúsan son los de ESSALUD, son los que más..., de las comunidades no, ellos si te aceptan los tratamientos que les das. (Médico SS, 2023)

Se puede notar entonces, la diferencia de expectativas en los usuarios. El contraste entre ambos grupos de usuarios, revela tensiones en la interrelación. Mientras que los usuarios de ESSALUD exigen más, el personal debe gestionar dichas demandas con los recursos limitados disponibles, lo que puede generar incomodidad y malos entendidos, Al mismo tiempo, la actitud más flexible de los usuarios de las comunidades puede ser vista como una aceptación resignada y una insuficiencia en la capacidad de enunciación.

5.3. La medicina tradicional como primer nivel de atención médica

En esta sección, daremos cuenta de cómo los usuarios suelen recurrir primero a la medicina tradicional cuando enfrentan enfermedades o malestares, convirtiendo así a dicha medicina en la primera línea. Solamente cuando estos métodos tradicionales no resultan efectivos los usuarios deciden acudir al Centro de Salud. Este patrón refleja la confianza que depositan en sus propias formas de entender y tratar la salud, dando prioridad en muchos casos a la medicina tradicional antes que la atención biomédica.

Desde una posición subalterna, esta preferencia por la medicina tradicional también puede ser vista como un acto de resistencia o una afirmación cultural frente a la hegemonía del modelo médico hegemónico. Sin embargo, esta misma condición subalterna genera una dinámica particular en la interrelación con los usuarios y el personal de salud, donde se percibe que al no dar prioridad a la biomedicina como primera opción de tratamiento, el paciente tiende a atentar contra su vida. Así, el conocimiento tradicional, es subordinado y las relaciones de poder asimétricas se consolidan.

Un primer aspecto que se destaca en los testimonios del personal de salud es que los usuarios, al tratarse primero con medicina tradicional, suelen complicar su estado de salud. Esta observación ha sido reiterada por la mayoría de los profesionales de la salud, quienes reconocen que cierto grupo de usuarios parureños prefieren y confían primero en los remedios tradicionales antes de considerar la atención biomédica. Así lo especifica la médico ICR:

La mayoría de los pacientes del campo se tratan con medicinas naturales, ya cuando ven que no están curados o se complica recién acuden al establecimiento de salud, entonces aquí sí se les ayuda bastante en eso. (Médico ICR, 2023)

Se destaca entonces, desde la perspectiva de la médico que los pacientes optan primer por una atención domiciliaria con medicina tradicional. La usuaria F, confirma esta idea señalando que son las hierbas la primera opción de tratamiento cuando está enferma:

Con las hierbas, pero en caso de que ya no se puede tengo que venir al hospital. (Usuaría F, 2023)

Entonces, se consolida la idea de que la medicina tradicional es optada por los usuarios en un primer momento. El Centro de Salud aparece como alternativa solamente cuando la condición del usuario se complica y ya no puede ser solucionada por la medicina tradicional.

Un factor importante mencionado por el personal de salud es que la distancia geográfica y la dificultad de acceso a los Centros de Salud, también refuerzan la práctica de la medicina tradicional como primer nivel de atención médica. Al momento de hablar sobre este tema el médico PBA, nos ha podido comentar una serie de experiencias, el galeno señala que los habitantes de las comunidades más alejadas solo acuden en caso de urgencia o de emergencia:

(...), entonces no vienen la población del campo de las comunidades más lejanas no vienen mucho solamente cuando es urgente o es una urgencia una emergencia recién vienen en qué te puedo decir que vienen, cuando tienen un accidente de moto, eso no lo va a curar pues entonces un curandero, entonces a veces una caída que hayan tenido o del caballo han tenido violencia intrafamiliar o violencia en la comunidad en esos casos vienen pero netamente las comunidades digamos no vienen, como quien dice rutinariamente hacer su control su chequeo, no vienen. (Médico PBA, 2023)

Este alejamiento geográfico genera una dificultad en el acceso a la atención médica, ocasionando una preferencia por la medicina tradicional. Sin embargo, este retraso de la atención médica formal, puede generar también la llegada de usuarios con cuadros de salud mucho más graves. Si bien la medicina tradicional ha demostrado ser preferida y en muchos casos ser efectiva para los usuarios, no se puede negar que el acceso a atención médica pertinente y adecuada, es un derecho inalienable del usuario (Vélez-Arango, 2015), que puede llegar a salvar su vida.

La médico SS, confirma esta situación y señala que cuando los usuarios finalmente llegan al Centro de Salud, llegan con una variedad de enfermedades complicadas, ya que han esperado demasiado tiempo antes de buscar atención médica:

Cuando vienen pacientes de zonas alejadas de acá se les da prioridad en la atención porque vienen de lejos ya pues a veces ellos no sólo vienen con un simple dolor si no vienen con todos los dolores habidos y por haber porque te manifiestan hace una semana me dolía la cabeza hace diez días me dolía mi barriga ahora esta rodilla sin mes me dolía ya pues entonces vemos que para tratarlos, y como vienen de lejos también a veces vienen caminando se les atiende más rápido. (Médico SS, 2023)

En el testimonio de la médico SS, se destaca también la prioridad que reciben los usuarios de comunidades alejadas en el Centro de Salud. En este sentido, estos pacientes suelen llegar con múltiples dolencias acumuladas, la medicina tradicional en este caso ha encontrado un límite en el tratamiento domiciliario, por lo que la preferencia por la medicina tradicional sin un soporte y articulación con la biomedicina es una situación negativa para el usuario. Así, el personal de salud reconoce la necesidad de atender a estos usuarios de manera mucho más rápida, ya que ellos han soportado dolor durante días o semanas antes de acudir. Este retraso en la búsqueda de atención médica formal, puede llevar a que los pacientes presenten cuadro más complejos y avanzados. La atención prioritaria en el Centro de Salud, busca compensar esta limitante, pero también se pone de manifiesto las dificultades estructurales que enfrentan las comunidades alejadas para acceder al sistema de salud pública de manera oportuna.

Por su parte, dichas dificultades estructurales, generan severas consecuencias en los usuarios que no pueden movilizarse de comunidades alejadas, muchas veces por que una enfermedad avanzada ya impide que el usuario se pueda movilizar. Nuestro interlocutor AA, nos ha comentado un caso que da cuenta de este hecho, en una comunidad de Ccapi a una hora del Centro de Salud:

Llegue a una casita simple en la casita existía una abuelita una señora, de tercera edad será pues, setenta y tantos años, pero caminaba la abuelita, y una señora y su hijita de menor de edad, la chiquita haiga tenido unos 14 años 15 años algo por ahí, no tenía esa noción de decir así sabes que se ha demorado mi mamá, este está así no, llegué y pucha, esa vez estaba con el proyecto PRODESA, vacunando porcinos, entonces vacune a sus cerditos y me dice la abuelita tristemente, sabes que estamos llamando al centro de salud, no nos hace caso que ha pasado, qué pasó señito disculpe qué ha pasado así, mi hija está mal, está sangrando por la boca, está que sangre y sangre ya son dos días ya y Centro de Salud no aparece, ni la policía nacional interviene nada. (Usuario AA, 2023)

Así, la medicina tradicional como primer nivel de atención, no es suficiente para tratar casos graves. Esto puede exponer a los usuarios a problemas más graves y a riesgos cuando retrasan la atención médica. Además, la falta de coordinación entre las comunidades y el Centro

de Salud puede reforzar, como en este caso la vulnerabilidad de los usuarios de comunidades alejadas, donde la distancia y la ausencia de atención adecuada puede agravar las condiciones de salud.

El testimonio anterior, muestra como una falta de atención médica oportuna ha generado que la usuaria del relato se encuentre grave. En todo caso, la confianza inicial en la medicina tradicional y en el autocuidado puede prolongar la espera para buscar ayuda formal, pero una vez que la situación se agrava, la respuesta de los servicios de salud resulta sumamente importante. La percepción del personal de salud sobre este aspecto es expuesta por la enfermera SAB:

A veces aguantan su enfermedad, su dolor, más que sobre todo en mayo siembran bastante papa, y en la época de cosecha por ejemplo ellos comen la papa y consumen, lo que es la papa en huatia, o a veces toman un tipo de líquido como la chicha, qué es frío, y a veces les da la oclusión se ocluyen, qué es lo que pasa a veces entonces, aguantan y aguantan el dolor de estómago, todo eso no, en algunos casos con hierbas caseras pasa, pero en algunos casos no, sigue el dolor sigue el dolor, y cuando vienen acá como que el cuadro ya está un poco más complicado. (Enfermera SAB, 2023)

Entonces, así se puede comprender que la medicina tradicional como primer nivel de atención tiene sus límites, puede ofrecer soluciones temporales o efectivas para algunas dolencias, pero no siempre es capaz de manejar condiciones más serias o crónicas. Como resultado, los usuarios retrasan la búsqueda de atención médica, lo que a futuro complica el tratamiento. Destacamos además la idea la referencia a la “época de cosecha” sugiere que las prácticas agrícolas y alimenticias influyen en las decisiones de salud de los pobladores, destacando la relación entre el contexto cultural, las costumbres alimenticias y el cuidado de la salud.

A pesar de todo, las usuarias prefieren remedios naturales sobre tratamientos biomédicos. El caso de F y B, son ejemplos claros, ambas, optan por la medicina tradicional como la primera opción de tratamiento, aunque sus motivaciones varían.

En el caso de F, las motivaciones para preferir la medicina tradicional antes que el tratamiento biomédico radica en los efectos colaterales que pueden tener algunas pastillas:

Sí la mayor parte yo utilizaba pura naturaleza hierbas todo, pero hoy en día recién estoy empezando a utilizar la medicina química porque la medicina natural parece que no me hace ya efecto porque cuando tomo pastillas se me produce gastritis en la boca del estómago para evitar eso puro hierba nomas hace poco me he puesto mal mal con la gripe no me sonaba con hierbas por eso he venido a la posta a hacer mi tratamiento aquí

en el hospital. Ahí me dieron pastillas, pero la boca del estómago me hace doler. (Usuaría F, 2023)

El cambio en los hábitos de tratamiento de F muestra entonces una tensión entre su preferencia anterior y consolidada por tratamientos tradicionales naturales y la necesidad de recurrir a tratamientos farmacológico —o como F menciona “medicina química” — a pesar de los efectos secundarios negativos que experimenta.

Las experiencias de B, por su parte, poseen factores motivacionales que van más allá de los efectos secundarios del tratamiento biomédico e integra experiencias anteriores para su preferencia por la medicina tradicional como primera opción. B, expresa una desconfianza por los médicos debido a comentarios que había escuchado con anterioridad en su círculo familiar cercano. Esto ha ocasionado que B se refugie en las plantas medicinales para tratar sus afecciones:

Ahorita pues su yerno está llegando, [se refiere a un médico], él mismo ha dicho un día, nosotros, a los pacientes ya no atendemos, esperamos que se mueran, así ha dicho. ¿Por eso vas a ir al hospital papá?, ¿para eso vas a ir al hospital?, mejor que te mueras en tu casa. Ya hierbas, hay Marq'u, hay Molle, hay Retama, hay Eucalepto, esas también son medicinas. Claro, esas son las medicinas papá, ortiga, toma el juguito, ortiguita, moliéndole, y juguito tomar, después cuando te agarra ese, inflamado de la garganta, tomar un poquito con aguita hervida, huevito en agüita, un poquito de limón, un poquito sacudes, tomas, agüita sacas, ya está ya. (Usuaría B, 2023)

La situación de indiferencia por parte de los médicos que nos ha contado B, se remonta a la situación de COVID-19. En este sentido la perspectiva de B se orienta a evitar el Centro de Salud, pues lo considera como un lugar en donde dejan a su suerte a las personas y, por lo tanto, si se ha de morir “mejor que te mueras en tu casa”. Y es en casa precisamente, donde B ha encontrado remedios en los cuales refugiarse, se trata de plantas tradicionales que para ella tienen un efecto sobre la enfermedad. En base a todo ello, B rechaza las pastillas y otros tratamientos que se brindan en el Centro de Salud como las inyecciones:

Para los bronquios, a tu pulmoncito entra a ese olorcito, lo limpia. Lo haces hervir el eucalipto y lo tapas, así bien tapado, entras a tu cuarto, y ese un humito, lo absorbes papá. Eeeeso, es mejor que inyección mejor que pastilla, una gran cosa para los bronquios eso. (Usuaría B, 2023)

Nada de pastillas papá, peor te hace las pastillas, estás tomando uno que otro, sabiendo Dios qué pastillas tomar, el doctor mismo está diciendo, por qué toman pastillas, y esas pastillas que estamos tomando, nos está haciendo daño, a riñón, al hígado, ¿sí o no

papá?, nos está haciendo daño, tomar pastillas para esto para esto, no esas cosas. Ahí está ruda, ruda acaso falta, ah, esos son las medicinas, hinojo, manzanilla, ortiga, esos son los buenos papá. (Usuaría B, 2023)

Así, ambos testimonios de B, reflejan una fuerte preferencia por los tratamientos naturales y un rechazo activo hacia los tratamientos farmacológicos. La medicina tradicional, en este caso, se consolida como el primer nivel de atención real. Para B, los remedios caseros son vistos como eficaces, por lo que ya no es necesario optar por pastillas. Por ejemplo, la referencia, en el primer testimonio al “humito del eucalipto”, sugiere una visión más directa y natural del proceso de curación en contraste con la percepción negativa de las inyecciones y pastillas.

Desde un punto de vista desde la subalternidad, los testimonios de B pueden entenderse como una resistencia frente al modelo médico hegemónico. B, rechaza los tratamientos y evidencia una desconfianza por los médicos. Este rechazo no es simplemente un asunto de preferencia personal, sino que se ha ido consolidando con otras experiencias anteriores —que veremos también a continuación— y por la idea de los efectos nocivos que las pastillas podrían tener con su salud, algo que comparte con F.

Por último, los testimonios tanto de B como de F, evidencian una reafirmación de la autonomía de las personas en una posición subalterna en la elección de sus propios métodos de tratamiento. Al elegir las plantas naturales como opción primaria las usuarias se posicionan como agentes de su propio bienestar. Sin embargo, debemos recalcar el hecho de que esta agencia debe ser complementada y enriquecida por los conocimientos y tratamientos de la biomedicina. Teniendo siempre presente el resguardo de la vida de los y las usuarias.

5.4. Experiencias anteriores y su influencia en la interrelación con el personal de salud

En esta sección, describiremos como las experiencias previas de usuarios y usuarias del servicio de atención médica primaria influyen en la manera en cómo se interrelacionan en el presente con el personal de salud. Los testimonios que nos han narrado nuestras interlocutoras dan cuenta de experiencias que incluyen situaciones del pasado, eventos como violencia obstétrica y situaciones en donde el conocimiento del médico no ha sido suficiente para la recuperación de la salud. Estas experiencias pasadas generan en la actualidad la renuencia a entablar relaciones con el personal de salud, a evitar el contacto refugiándose en la religiosidad y a discernir en qué casos se requiere atención médica primaria y en qué casos esta no tiene eficacia.

5.4.1. Violencia obstétrica, medicina tradicional y religiosidad como refugio

Durante la interacción y convivencia que tuvimos con nuestra interlocutora B, siempre se había mostrado renuente a acudir al Centro de Salud. Solamente durante el periodo de vacunación de Covid 19 tuvo, casi por obligación, que ir a aplicarse dicha vacuna. Sin embargo, B, a diferencia de otros usuarios, no ha tenido la misma paciencia para esperar y, en vista de que nadie le atendía aquella vez, no dudó en retirarse del Centro de Salud sin haber recibido la dosis:

No voy tanto al Centro es que no tengo problemas, para vacunarme he ido y no habían doctores, ¡meh!, me regresé así. Qué esté así. La virgen no querrá que me vacune. No querrá la virgen papá. (Usuaría B, 2023)

La razón es que B, desconfía del Centro de Salud y de los tratamientos que ofrecen allí, y prefiere evitar siempre que pueda este espacio. Por supuesto dicha actitud limita su derecho de acceder al servicio médico primaria y mucho más en contexto en donde la vacuna de COVID-19 era una herramienta importantísima para salvaguardar la vida, sin embargo, es necesario comprender los motivos que subyacen a dicha actitud.

Hace varios años, B residía en la ciudad del Cusco, ella era trabajadora del hogar y cuando tenía 15 años, quedó embarazada. En ese entonces no tenía idea de las malas atenciones y de la violencia que podía sufrir en un establecimiento de salud. Quedó huérfana a muy temprana edad, y ello suponía, en un contexto de desigualdad social y cultural, que estaba completamente sola en el mundo. Las mujeres de comunidades rurales como ella, han sido históricamente sujetos de violencia de muchos tipos. Esterrmann (2006) señala que: “La mujer campesina quechua hablante, soporta la marginalización y discriminación de manera triple: sexual, social y culturalmente. Sin embargo, ella es la portadora de una milenaria riqueza sapiencial inconsciente y subterránea que ella misma ignora” (p.11) y B, es un claro ejemplo de ello.

El embarazo de B, lo llevó en la casa de sus patrones cumpliendo aún sus labores domésticas, sin embargo, una vez llegada la fecha del parto fue trasladada al Hospital Antonio Lorena. En este lugar, B recibiría un trato humillante de parte de las enfermeras durante su labor de parto que marcaría su actitud para con el personal de salud durante el resto de su vida:

Ay para que tienen hijo, para que se abren la pierna, así nos trataba, en el hospital Lorena, cómo era chiquilla todavía yo a los 15 años he tenido a él [señalando la única foto que tiene de su hijo], a esas señoras les trataban mal. De ahí dije ya, ni más tener hijo, llegar al hospital, para estar así. De ahí ya no he tenido, es el único mi hijo, papá. (Usuaría B, 2023)

Mientras, B sufría los dolores de parto, un parto complicado por su temprana edad. Sin embargo, nadie del personal de salud hacía algo para aliviarla. Ella nos cuenta que un determinado momento ya no resistió los dolores.

Toda la noche me he amanecido, así, con dolor, como me han aplastado, en mi barriga se han sentado, poja poja, diciendo, no podía. Las enfermeras pue. Ajá, encima de mí, papá. Me aplastaba papá, ahí sí seguramente la bebé, se ha asfixiado, ahí viene el doctor y el doctor le ha molestado a la señorita, han esperado que muera esta paciente, diciendo, chiquilla pue. (Usuaría B, 2023)

Es entonces cuando un médico decide llevarla a la sala de operaciones a por una cesárea de emergencia. El médico al ver las acciones de las enfermeras les llamó la atención. Este es un aspecto que destaca B en su testimonio:

Entonces, un doctor entró jovencito noma, cómo van a permitir esta chica va a morir, ay, me lo llevaron a la sala de operación, como han esperado que se muera esta chica, diciendo, buen doctor entró y me lo ha llevado, papá. Chiquilla pue. (Usuaría B, 2023)

B tuvo un hijo varón, a quién aún recuerda con cariño, pues el radica en otra ciudad. Pero quedó marcada en su memoria aquel suceso que vivió en el Hospital Lorena. En la actualidad, los recuerdos la acompañan y son determinantes en el momento de decidir si optar por una atención médica primaria o por curarse en casa:

Así maltratan en el hospital papá, ajá. Por eso, a mí no me gusta ir a la posta, no me gusta, yo me curo normal papá, cualquiera cosa que me pasa. Con hierbas, ah, barro también es medicina. (Usuaría B, 2023)

Frente a la renuencia de acudir al Centro de Salud, B ha optado por los tratamientos tradicionales. En cierta ocasión, durante el aniversario de la comunidad de Sutec, B, se encontraba en la plaza de toros de Paruro. Debido a algunas circunstancias tuvo que reemplazar a uno de los músicos tocando el platillo:

me dice pues uno de los alumnos que son banda, allá tocan, ¡mamá toca platillo!, estaba tocando el platillo, dale, dale con el platillo, estaba, y en eso, me tira, me cabecea el toro, acá me ha dado eh [señalando a su pecho]... y a ver había sabido arder feo. (Usuaría B, 2023)

A pesar de haber sufrido este accidente, y de sentir un dolor importante en el pecho a causa del golpe, ella nos manifiesta que prefirió no ir a la posta:

y ni a la posta he ido, la Virgen me habrá protegido, la virgen santa, me habrá protegido pues papá. Y sabes que he hecho, dónde estaba pasteando, me he mirado mi pecho y estaba verde, agarre barro y con barro me embarrado hasta hoy día papá, no he tomado

nada de pastillas, nada, entonces con barrito en mi espalda me he puesto, hasta hoy día papá, no sí, barrito también es medicinal, mejor que el hospital, hospital es sonsera, papá. (Usuaría B, 2023)

El testimonio de B, destaca que las experiencias anteriores, que han generado una situación traumática es uno de los factores que genera en los usuarios renuencia de acudir a la atención médica. Solamente en casos de emergencia grave, B ha optado por acudir al establecimiento de salud de Paruro, en otros casos, incluso severos ella ha decidido realizar otro tipo de tratamientos.

La alternativa a la que ha optado B frente a la atención médica primaria es la medicina tradicional. Ella posee un bagaje importante de conocimientos relacionados a remedios tradicionales para una variedad de enfermedades. De algunos de estos remedios ya nos hemos referido en anteriores apartados. La sapiencia de B es tal que cuando le pedimos consejo, nunca recibimos un no por respuesta, todo lo contrario, siempre tenía un remedio, siempre había una alternativa.

Otra forma en la que B confía para cuidar de su salud, evitando la atención médica, es la religiosidad y el fervor por la Virgen de Natividad de Paruro. Nos cuenta que no ha necesitado ir frecuentemente al Centro de Salud por que la Virgen le cuida. En cierta ocasión, nos comenta que sufrió una caída en la cual se golpeó la rodilla, a pesar de haber acudido al Centro de Salud y recibido una inyección como paliativo, sintió que su golpe no fue curado en su totalidad. Frente a ello, prefirió no volver al Centro de Salud y rezarle a la Virgen. Así como esta situación, B afirma que ocurre lo mismo con las vacunas del COVID-19:

Me ha curado la Virgen, papi. En mis sueños me ha curado. ¿Este tu piecito te duele?, así me ha dicho. Me duele esto. Pa la vacuna también, no quiere que me vacunen. Me ha dicho, hijita no te vas a vacunar, tú estás protegida, así me ha dicho en realidad, me ha ayudado la Virgen. Para qué te vas a vacunar hijita si estás tú sana, me decía. La virgen no quiere que me vacune. Me ha hecho un milagro la Virgen papá en curarme. (Usuaría B, 2023)

En balance, el caso presentado nos permite comprender los factores que ocasionan la renuencia de acudir al Centro de Salud. Experiencias anteriores traumáticas de una interrelación cargada de violencia por el personal de salud son el desencadenante directo de una desconfianza actual en el sistema de salud pública y en el personal. Frente a ello, han surgido la religiosidad y la medicina tradicional como formas de contrahegemonía y resistencia. Estas prácticas no solo representan alternativas para el cuidado de la salud, sino

que también constituyen una respuesta ante la exclusión y violencia que sufrió B y que sufren muchas mujeres (Yon, 2023).

De esta manera, dichas estrategias de resistencia deben ser valoradas como parte fundamental de una relación intercultural de hecho, donde el respeto y la integración de los saberes tradicionales permitan la construcción de una atención médica mucho más pertinente.

Por último, las implicancias de esta experiencia en la interrelación entre el personal de salud y las usuarias son profundas. Las usuarias que han vivido eventos similares al de B, tienden a evitar el contacto con el sistema formal de salud. Además, potencialmente la relación entre este tipo de usuarias y el personal de salud puede estar cargada de desconfianza y distanciamiento que no solo afecta a la calidad de la atención, sino también a la posibilidad de obtener una atención cómoda. El personal de salud por su parte, debe reconocer el impacto de estas experiencias pasadas para evitar perpetuar prácticas violentas y ejercer un cuidado y atención de la salud más sensible.

5.4.2. El conocimiento del médico no es para todas las enfermedades: los límites de la biomedicina

Aunque MCG, valora a los médicos por su capacidad de tratar enfermedades, reconoce que no todas las afecciones pueden ser comprendidas ni curadas a través de su formación profesional y científica. Esta visión genera una separación entre aquellas enfermedades que se consideran tratables por la biomedicina y aquellas que requieren la intervención de un agente de salud tradicional. Como veremos, MCG, nos cuenta una experiencia ocurrida hace años, en donde se expresan los límites del conocimiento médico, hecho que lleva a que, en la actualidad, prefiera la medicina tradicional.

Hace años, cuando uno de los hijos de MCG era aún muy pequeño, sucedió que cayó enfermo. Se encontraba fatigado, no tenía sueño, presentaba dolores de cabeza. Frente a ello MCG, decidió llevar a su hijo al Centro de Salud de Paruro:

Y cuando se despertaba hasta las once, doce estaba tranquilo, en la tarde sueño le daba, quería dormir dormir nomás. Y por qué está..., le hemos llevado a la posta, y en la posta, nos han dicho que tenía fiebre tifoidea, y nos han dao su tratamiento pue, ya hasta una semana ya igualito así le dolía su cabeza no más y en la..., en la tarde ya está de sueño ya, en la mañana nomas ha estado más o menos así, y no comía nada. (Usuaría MCG, 2023)

A pesar de haber recibido tratamiento biomédico, los síntomas que presentaba el niño parecían no desaparecer. El efecto del medicamento, si bien había dado resultados, estos solo duraron por una semana. Para MCG, esto significaba que la biomedicina había fracasado en

tratar la enfermedad de su hijo. Con esto presente, y con una sensación de desesperación, decidió buscar otra alternativa. Su mamá, conocía a un “ahijado” suyo, alguien que sabía realizar remedios tradicionales para curar males que los médicos no podían curar. La madre de MCG, se contactó con dicha persona, quien representaba su última opción.

Notamos que MCG, no se ha referido en ningún momento al agente de salud tradicional, como curandero o *paq'o*, ella lo denomina como “ahijado” pues, esta persona tenía este vínculo con la mamá de MCG. El “ahijado” entonces llegó un día a la casa de MCG para revisar a su hijo. El diagnóstico empleado fue la coca, en donde pudo determinar con certeza el mal que aquejaba a su hijo:

y entonces hemos ido donde ese ahijado, mi mamá ha ido, yo no sabía, y me ha dicho este..., así está mi hijo diciendo, y de ahí pues ha venido el ahijado, ha mirado en su coquita y le ha dicho ¿dónde, dónde te has asustado? así, ¿dónde te has dormido? ¿en el campo así? (Usuaría MCG, 2023)

Nos cuenta que su hijo aún con temor, decidió confesar, ya que esta situación era el causante directo de su padecimiento:

Dice un día pues habían ido ellos, a robar durazno, ahí atrás al frente del Instituto, y su dueño había aparecido oi, se habían escapado, y todo cerro arriba habían subido, se han escapado, entonces debajo de un árbol, un molle, se habían ocultado con uno de sus amigos y se habían echado, ocultándose ahí pe, debajo del molle en la sombrita, comiendo durazno, y en eso se habían quedado dormidos, y dice en sus sueños así como una manta negra le estaba tapando shhhhhuu[onomatopeya], se ha despertado dice, desde ahí no más, entonces eso rapidito ha encontrado el ahijado en coca. (Usuaría MCG, 2023)

Con toda esta información presente, el diagnóstico fue claro: “susto”. El “ahijado” les sugirió realizar un “despacho”. Para ello, requerían conseguir los insumos necesarios y realizar el ritual correspondiente. MCG, no sabe con precisión cuales fueron los elementos necesarios para realizar dicho ritual. Su madre, fue la encargada de conseguir lo necesario, mientras que el amigo de su hijo fue el guía hasta el lugar en donde se habían quedado dormidos.

Y así, de ahí, el ahijado ha hecho comprar despachos, qué cosita será ha hecho comprar, no sé qué cositas nomás ha hecho comprar, y esito ha puesto así una ofrendita esito lo han llevado así, en papelito lo ha doblado bonito, vinito, un poco de cervecita, chichita, con mi mamá se han ido, con su coquita así, se han iiiiiido ahí, su amiguito pe le ha hecho conocer pue dónde se ha asustado, ahí han ido y ahí lo ha puesto, dice ha hecho

así un huequito, ahí dice lo enterrado, le ha echado su vinito, su chichita, no sé qué cositas le ha ofrecido así bonito, y se han venido. (Usuaría MCG, 2023)

Así, una vez hecho todo lo necesario, solo tuvieron que esperar un día para ver los resultados. A la mañana siguiente, el hijo mayor de MCG, se encontraba con un semblante distinto, recuperado, había vuelto su apetito y lo que no había conseguido acudiendo al Centro de Salud lo había logrado apelando a otros tipos de conocimiento, distintos al modelo médico hegemónico:

Al día siguiente ha venido el ahijado tempranito, y R... [el nombre de su hijo] ya estaba tomando su desayuno. Ay qué tal, así le ha dicho. Tranquilo, ahora ya no me duele mi cabeza así. Como qué comía R..., lo que no ha comido unas dos semanas, estaba flaquito mi hijo tiras, mi hijo, empezó a comer a salir a la calle, traaaaanquilo desde ahí se ha sanado, sí, él así le ha curado. (Usuaría MCG, 2023)

El testimonio de MCG refleja como desde una posición subalterna, cuando la biomedicina fracasa, la medicina tradicional, sigue siendo una alternativa válida. Esto ha generado, una impronta en la usuaria, existe una diferenciación entre enfermedades que se perciben como susceptibles de tratamiento médico y aquellas que se entienden y solucionan mejor en el marco del conocimiento tradicional.

Este caso, tiene importantes implicaciones en la interrelación entre el personal de salud y los usuarios. Primero, muestra que los usuarios, como MCG, mantienen una visión particular de los modelos de atención médica, donde la medicina tradicional se considera una opción valiosa y en ciertos momentos, la biomedicina es considerada como ineficaz. Segundo, esta dualidad entre ambos modelos, crea un espacio de negociación en el que los usuarios buscan alternativas que se encuentren alineadas a sus creencias y experiencias culturales. De esta manera, se cuestiona la hegemonía biomédica y evidencia, una vez más, una resistencia subalterna.

Esta no fue la única experiencia de MCG, tiempo después algo similar sucedió con su hijo menor. En cierta ocasión, tuvo que viajar por motivos de trabajo. Durante este trayecto y durante el tiempo en el que se instalaba en su nueva residencia, su hijo, que aún era un bebé cayó enfermo:

Cuando hemos llegado allá, empezaba a lloraaaaar un ratito no podía estar el bebé, Ayyyyy, no le podías poner a la cama, weeeee [sonido onomatopéyico de llanto], gritaba asisito nomás. Pero por qué, de noche también agarradito no más, como que a alguien le está cogiendo. (Usuaría MCG, 2023)

Nuestra interlocutora nos comenta que sus compañeras de trabajo, le advirtieron que era posible que los cerros hayan asustado al bebé, le hayan “urañado”. Esto sucede debido a que no se ha pedido los permisos correspondientes a los Apus, para entrar a un lugar:

Es que para traer una persona acá, siempre tienes que pedir permiso a los Apus, no puedes entrar así nomá, diciendo. ¿Y ahora?, les digo. Hay una señora que se llama M..., su mamá del señor alcalde, esa señora sabe curar, anda llévale ahí, pero la señora era pues, una señora dama, una señora, qué qué va, hacer esas cosas, no creo, así yo tenía vergüenza de acercarme a la señora, y en la tardecita vamos pues. (Usuaría MCG, 2023)

La vergüenza que sentía MCG, se debía a que tenía un estereotipo bastante consolidado de los agentes tradicionales de salud, en cambio, aquella vez, la persona que tenía este conocimiento era diferente. Con temor de todo ello, se acercó a la casa de la señora, su bebé no mejoraba, todo lo contrario, seguía llorando, no dormía ni quería comer, y ya eran más de tres días que estaba así:

Ay, Dios mío. Tocamos la puerta. Sale la señora, yo estuve de vergüenza, no sabía cómo decirle a la señora, porque ella qué va a curar pues, o se va a ofender así. Y en eso tocamos la puerta y la señora sale, sí, me dice, ay, me dice, qué ha pasado con tu bebé, me dice. Ayy señora, está llorando, desde que hemos llegado está llorando, ya son tres, cuatro días, así está mira, su gargantita también ya, llora y llora todos los días. Ay, Dios mío, [le dice la señora], de repente los cerros le han urañado, así me dice, ay, mamá, entra, me dice, y hemos entrado, ay siéntate aquisito, a ver vamos a verlo, así. (Usuaría MCG, 2023)

Al igual, que el “ahijado” del testimonio anterior la señora M, de este relato hizo uso de la coca para realizar su diagnóstico. El padecimiento del niño era el que temían: susto, le habían “urañado” los Apus:

Al toque lo ha mirado en coquita, ha dicho, ¡ay no no no!, ya está este bebé, hace poco nomás del médico su bebé ha muerto, porque el médico no creía en esas cosas, ha muerto su bebé. (Usuaría MCG, 2023)

La revelación de la curandera había asustado más aún a MCG, pues anteriormente, bajo las mismas circunstancias había muerto el hijo del médico del lugar, porque no creía en los conocimientos de la señora M. Frente a ello, la sugerencia fue realizar un despacho, aunque este era notablemente diferente al que habían realizado con su hijo en Paruro hacía años atrás. M, le dijo que comprara ciertos insumos, de esto se encargaría su esposo, dichos elementos los tenían que conseguir ese mismo día, pues el bebé corría peligro de muerte.

Ahí, allá hay hampi qhatu, en una tienda, de ahisito ha comprado cositas, y había no sé de todo había, hierbitas, salsita, piedras, habían, así como, ladrillo molido, no sé qué cositas había, cosas. (Usuaría MCG, 2023)

Al día siguiente, muy temprano la señora M, fue a la casa de MCG. Ella no había podido dormir, ni su esposo, en parte por el llanto del bebé y por la preocupación que les había dejado la experiencia del hijo del médico. Al llegar a la casa, la señora M, tenía que realizar el ritual correspondiente, que aliviaría los síntomas del niño y que, en última instancia le salvaría la vida:

La señora había tenido, sus sartencita asisito, chiquitito sartencita había tenido, la señora entra con su bolsita así, y ya sube pues estábamos en el segundo piso, y este estaba [refiriéndose a su hijo], a cada rato llorando pue, ñaw ñaw, ay Dios, la señora lo ha echado al bebé, primero me ha dicho brasa me hacen esperar así, mi dueña de casa cocinaba en leña, brasita de ahí me he traído en sartén, a este lo ha echado en la cama, y ahicito este, a la brasa le ha puesto esa sal, sal esas de piedra, eso lo he puesto eso así la sal, empezó a reventar así poc, poc, poc, poc [onomatopeya], de lo que él [refiriéndose a su hijo], estaba loqueándose así llorando, se ha quedado seco, dormido, así como “himnotizado”, mi hijo se ha dormido, así como “himnotizado”, así nosotros rezando, después rápido nomás en una ollita hierbitas no sé qué cositas así, y como en esa, como en ese, teja molidita había con esito, lo ha mezclado, lo he hecho como pinturita creo, y acasito, así como crucecitas le he hecho, así rezando, aquisito, aquisito, así crucecitas le ha puesto en su frentecita, su pechito, sus plantitas del pie, así sus rodillitas, le ha puesto crucecita con eso, y después este, todo eso, y después le ha lavado, le ha lavado así, y rápido le hemos envuelto, se ha dormido tranquilo, y me ha dicho mañana no sales todo el día, ni tu bebé, no sales mañana todo el día. (Usuaría MCG, 2023)

Antes de irse la señora M le dijo que los cerros habían “urañado” a su bebé, para evitar eso debió haber ofrecido coca o hasta un caramelo soplando hacia los Apus: “asisito siempre tienes que ofrecerle, si quiere un caramelito fushiuu [soplando], ofrecerle a los Apus, así nomás no se entra, diciendo”. (Usuaría MCG, 2023). La señora M, le cobró “una mano” por el ritual, lo que era equivalente en ese entonces a 50 soles o lo que hoy sería, según MCG, 500 o 300 soles.

Al día siguiente, MCG siguió fielmente las indicaciones, evitó el sol, no salió todo el día y cerró las ventanas. Sin embargo, ella se encontraba aliviada, su bebé ya no lloraba, estaba

tranquilo, después de mucho tiempo finalmente dormía. La señora M, luego de estos hechos hizo un seguimiento a la situación del bebé, sin embargo, él ya se encontraba bien.

Ella nos comenta, que ese hecho consolidó su creencia en la medicina tradicional y los límites de la biomedicina. A pesar de que habían pasado años, nos cuenta esta experiencia con notable admiración, le sorprendió mucho que el hijo de un médico haya fallecido con el mismo padecimiento que su hijo y, no puede evitar pensar en cual habría sido el destino de su bebé, si la señora M no lo hubiera curado.

Yo también no creía en esas cosas, de ahí ya, esa señora pues me dijo, como su hijo del médico, hace una semana ha muerto, así. Dice al médico le han dicho, hazle curar, hazle curar, hazle curar, así, y él dice no quería. Hay sonseras no creo en esas cosas así, mi hijo tiene, este, cólico le duele su barriguita, pastillitas le daba, no sé qué cositas, y había fallecido su bebé, con eso me he asustado yo, ay no no no, de repente a mi hijito, peor le va a ponerle más grave así. (Usuaría MCG, 2023)

Este testimonio permite comprender cómo las experiencias personales influyen en las decisiones relacionadas a la salud tomadas por los usuarios. El caso de MCG, la experiencia de la muerte del hijo del médico no solo confirmó su fe en la medicina tradicional, sino que también resalta los riesgos percibidos de depender exclusivamente de la biomedicina. Esta historia da cuenta de un contraste: mientras los médicos pueden descartar la medicina tradicional, los usuarios pueden encontrar en ella una forma de seguridad y protección frente a los límites de la biomedicina.

El relato de MCG, también refleja la tensión y la desconfianza hacia el sistema biomédico que surge de las limitaciones percibidas. En la interrelación entre ambos actores, este tipo de experiencias que consolidan una creencia pueden influir de manera significativa una distancia que dificulta un establecimiento pleno de una confianza por el modelo médico hegemónico.

La concepción de las enfermedades como el “susto” y la intervención de entidades sagradas como los Apus evidencia el fuerte arraigo cultural de la medicina tradicional en los usuarios. En este contexto, la biomedicina, no contempla Y no entiende las implicaciones culturales de estos padecimientos y subalternizada a la manera de comprender la enfermedad y junto a ello a las personas que lo interiorizan y aceptan como válida (Menéndez, 1985, 1998, 2020a). Esto provoca que los usuarios se sientan, muchas veces —en función de sus circunstancias y de sus experiencias anteriores— más seguros buscando atención con agentes tradicionales de salud. Esto, en última instancia, genera una desconexión entre el personal de

salud, que opera en el marco del modelo médico hegemónico y los usuarios que se adhieren a cosmovisiones que articulan la salud física y factores culturales y espirituales.

Entonces, podemos decir que, la biomedicina y los actores que la aplican, es decir, el personal médico, no son considerados siempre como la autoridad absoluta y de mayor eficacia en cuestiones de salud por los usuarios. Así, se refuerza la necesidad de un enfoque intercultural que reconozca primero y luego integre como igual de válidos, los conocimientos, basados en experiencias anteriores, en la atención médica primaria.

5.5. Subalternidad en el personal de salud

Si bien el concepto de subalternidad se encuentra ligado teóricamente con aquellos sectores marginados y excluidos en una relación de poder, y que condiciona una incapacidad en la voz y representación (Asensi, 1985; Hernández, 2013). El concepto tal como postula Spivak (1985), es en realidad heterogéneo y flexible, esto debido a que las personas subalternas también lo son. Sobre esta base, la subalternidad también se convierte en una categoría transitiva, es decir, será asociada según una relación de poder específica. Así, el fenómeno de la subalternidad en la salud, se convierte en uno de tipo complejo, ya que el personal de salud, que como hemos mencionado con anterioridad, ostentan poder sobre los usuarios, se ven inmersos también en una dinámica que los relega dentro de la jerarquía institucional y donde el poder hegemónico se refleja en los organismos estatales. Esto, los convierte en subalternos, en determinadas circunstancias, dentro del mismo sistema, siendo víctimas de precarización laboral, falta de estabilidad y condiciones de trabajo desfavorables, relacionadas a la capacidad resolutive del Centro de Salud, que inciden también en la interrelación con los usuarios.

5.5.1. Precarización laboral

Los testimonios del médico PBA, reflejan una de las problemáticas más críticas que vive el personal de salud, particularmente aquellos que no son nombrados. El médico afirma que, debido a despidos y contratos temporales, los profesionales no pueden ejercer sus funciones de manera plena y continua. Este fenómeno, el cual es caracterizado por contratos inestables y brechas en la contratación, genera una sensación de inseguridad constante que afecta de manera directa en la calidad de atención que pueden brindar.

Es lo que pasa acá y no solamente acá si no es a nivel de todas las instituciones de salud, sí me despiden durante 3 meses seguidos entonces tengo que ver también mi seguridad, tengo que ver por mi familia por mis hijos, no puede estar desempleado pues cada mes, entonces me llaman de 3 o cuatro días del siguiente mes, doctor estás libre para que sigas trabajando, entonces no hay esa estabilidad para nosotros. (Médico PBA, 2023)

Esta inseguridad refleja una forma de subalternidad ya que da cuenta como el personal de salud a pesar de su rol como proveedores de atención médica, se encuentran en una situación de vulnerabilidad frente a decisiones administrativas y políticas del sistema de salud peruano. A pesar de que tienen un poder hegemónico sobre los tratamientos de los usuarios, su posición dentro de la estructura laboral los despoja de poder real en términos de planificación a largo plazo y estabilidad para sus familias

La referencia que hace el médico PBA sobre los despidos recurrentes, nos hace dar cuenta de que el modelo médico hegemónico no solo excluye a las comunidades marginadas, sino también a quienes trabajan dentro del marco de dicho modelo.

La precarización laboral impide que los médicos puedan ofrecer una atención óptima y esto ha generado una sensación de frustración que a su vez ha repercutido en su relación con los usuarios y usuarias. PBA nos menciona: “imagínate tu trabajarías al 100% si sabes que estás despedido” (Médico PBA, 2023), lo que subraya el agotamiento y la falta de motivación inherente a este tipo de condiciones en el trabajo.

Por otra parte, el cumplimiento de metas establecidas desde arriba es otro de los factores que altera al personal de salud. “Todos tenemos metas, entonces tenemos metas que nos exigen desde la dirección de Cusco entonces si tratamos de cumplir” (Médico ICR, 2023). Dichas metas son en muchas ocasiones desproporcionadas para los médicos, por lo que es un aspecto que les viene generando mucho estrés, junto a la incertidumbre laboral que tienen que soportar durante su actividad cotidiana.

De esta manera, este tipo de subalternidad transitiva se manifiesta cuando el poder que un médico tiene sobre el paciente se ve limitado por factores externos que lo posicionan en una situación similar a la de los usuarios: la incapacidad de controlar su futuro.

5.5.2. *Desigualdad en la distribución del personal*

La falta de personal ya ha sido mencionada como la causa de conflictos entre el personal y los usuarios. Además, debemos mencionar que esta falta, refuerza la subalternidad del personal de salud sobre todo en contextos interculturales y rurales como Paruro. Se destaca que no existen suficientes profesionales para atender a una población grande y aquellos que trabajan en Centros de Salud de este tipo, enfrentan una desproporcionada carga de trabajo.

Nos falta personal digamos para las atenciones, o sea lo que falta acá es personal no hay personal. Solamente hay 2 médicos en este centro de salud, entonces no abarca digamos para una población de 3700 que tiene mayormente este centro, pero no es 3700 si no son más porque no solamente atendemos pacientes de la comunidad. (Médico AVP, 2023)

Este problema de dotación de personal es particularmente agudo, sobre todo cuando viene acompañado de altas cargas de trabajo. Así, el personal de salud se siente insuficiente para la demanda que existe y esto afecta tanto a médicos, enfermeras y usuarios, ya que no se puede responder en conjunto a todas las necesidades de atención médica, sobre todo fuera del horario. Los contratos CAS COVID, implementados durante la pandemia, si bien proporcionaron un alivio temporal, se revelan ineficientes en el contexto actual ya que el sistema de contratación no ha sido adaptado para cubrir las necesidades postpandemia.

5.5.3. *Expectativas y conflictos con la población*

Los conflictos entre el personal de salud y los usuarios es también un aspecto que tiene que ver con la subalternidad de estos. Algunos usuarios perciben al personal de salud como dispuestos siempre a sus demandas, generando tensiones sobre la disponibilidad de los médicos fuera del horario laboral

Acá la mayoría de la población piensa que la mayoría del personal de salud está 100% de la disposición de él y a veces no es pues así, nosotros trabajamos y nos vamos a descansar y vienen más tarde y quieren que se los atienda por ahí es el problema. (Médico HH, 2023)

Este enunciado pone de manifiesto una evidente tensión, mientras que los médicos buscan cumplir con sus responsabilidades dentro de los horarios establecidos, la percepción de los usuarios es que el personal debería estar disponible en todo momento, lo que crea un choque entre sus expectativas.

Por otra parte, la exigencia realizada al personal de salud en ocasiones raya la violencia, HH, nos contó como en cierta ocasión un policía acudió a él de manera despótica para que diera un informe sobre un caso de violencia familiar que había sido derivado al médico. HH; manifiesta un importante desacuerdo con este tipo de casos porque vulnera el respeto necesario para la interacción entre personas.

Por último, la falta de reconocimiento del sacrificio personal y emocional que muchos trabajadores de la salud hacen también forma parte su condición de subalternidad transitiva. A menudo, los médicos nos cuentan que tienen que sacrificar su tiempo personal, incluyendo momentos esenciales como la hora del almuerzo, para continuar con la atención de los usuarios.

Hay veces que nosotros nos quedamos sin almorzar por seguir atendiendo, o nos vamos y digamos las personas que están atendiendo en ese horario están reclamando ¿no? (Médico PBA, 2023)

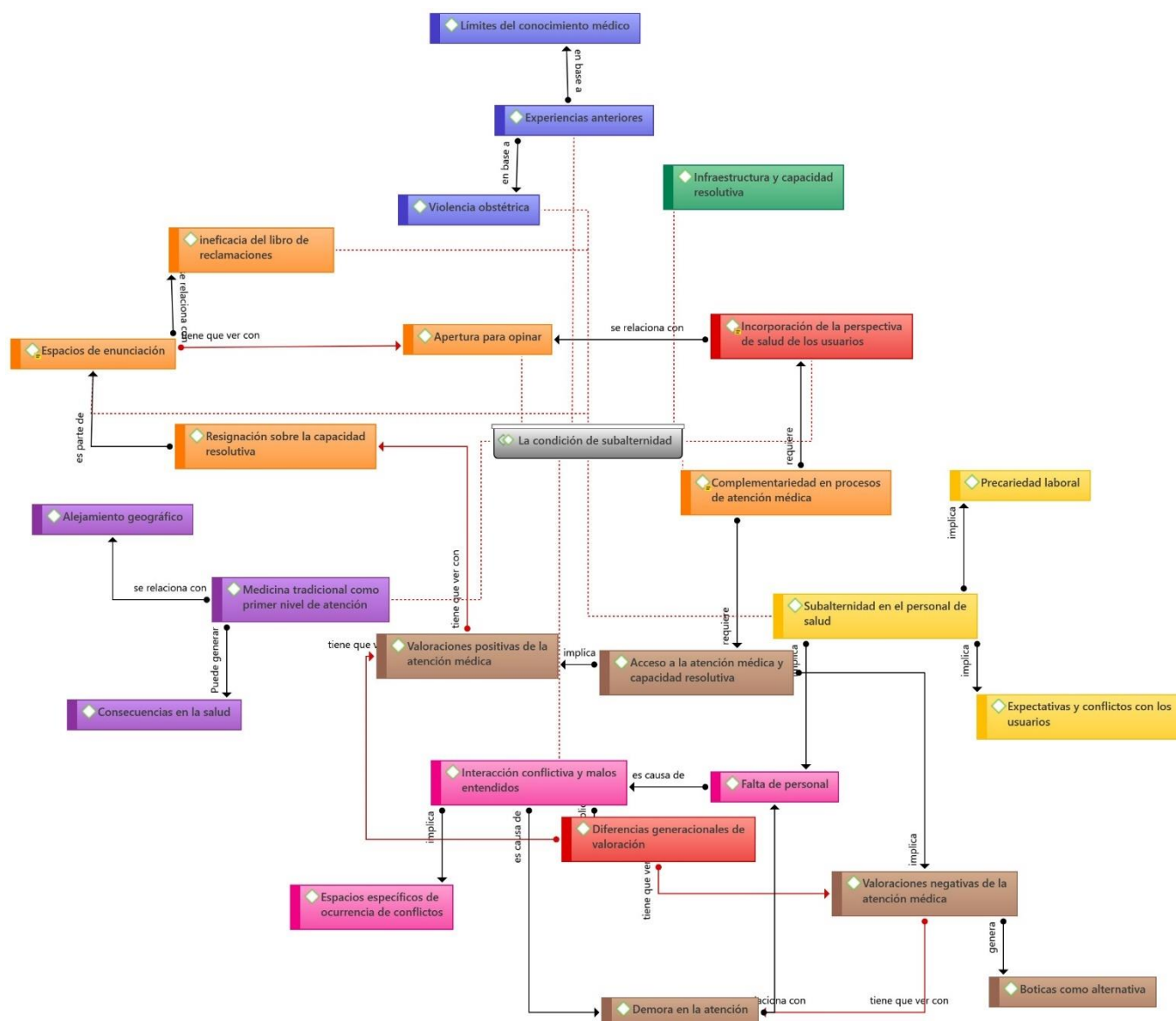
Este sacrificio cotidiano refleja una dimensión emocional de la subalternidad que se suma al de la precariedad laboral y que se relaciona con las expectativas de los usuarios. De

esta manera, los médicos no solo enfrentan cargas laborales pesadas, sino también expectativas poco realistas tanto de las instituciones estatales que los sobrecargan de metas, como también de la población a la que atienden que espera muchas veces, más de lo que ellos pueden ofrecer. A pesar de que cuentan con una formación académica y ostentan un estatus reconocido por los usuarios, su condición dentro del sistema de salud en un contexto como el distrito de Paruro, los convierte en actores sociales vulnerables, y que, como menciona Gianella (2020) y Durand et al. (2020) sujetos a las limitaciones de un sistema que está colapsado y que carece de rectoría.

5.6. Balance del capítulo

En este apartado hemos revisado la condición de subalternidad de los usuarios del servicio de atención médica primaria. Dicha subalternidad se expresa en diferentes testimonios de los usuarios. La siguiente red contiene los temas que hemos abordado en este apartado y además incluyen los subtemas y sus relaciones entre ellas. Cada color representa a un grupo temático específico. A continuación, desarrollaremos la red conforme lo realizado en esta sección:

Figura 15
Red de la categoría condición de subalternidad



Nota. Elaboración propia en el software *Atlas.ti 9*

En primer lugar, se ha abordado las valoraciones tanto positivas como negativas sobre la capacidad resolutive del Centro de Salud que tiene que ver también con la calidad valorada de la atención médica. Las valoraciones positivas, expresan experiencias en la cual no ha existido mayores problemas en la interrelación con el personal de salud, todo lo contrario, se califica como adecuada la atención y se considera que el personal de salud tiene una actitud buena en su interacción con los usuarios. La valoración positiva de la capacidad resolutive se relaciona a una resignación de las fallas del sistema de salud, sobre todo en el stock de medicamentos disponibles, se percibe esta situación como algo inevitable y fuera del control de los médicos y enfermeras.

Las valoraciones negativas, se encuentran relacionadas a la demora de la atención médica y a las ausencias de los médicos en ciertas ocasiones. Todo ello, ha generado incertidumbre en nuestros interlocutores ya que consideran que la enfermedad no espera, por lo que, el personal de salud debería estar disponible en todo momento para atender los casos de emergencia. Además, se manifiesta que la falta de medicamentos es una de las situaciones que más afecta a los usuarios. Frente a ello, se han desarrollado estrategias para poder suplir estas insuficiencias. Así, surgen las boticas, repartidas en el distrito y manejadas por miembros del propio personal de salud, en donde se expenden los medicamentos que no hay en el Centro de Salud y no solo ello, sino que, en estos lugares se obtiene atención médica de manera mucho más rápida.

Luego, hemos abordado los espacios de enunciación, concepto fundamental en la teoría de Gayatri Spivak y que en la dinámica de interrelación en el Centro de Salud de Paruro presenta sus matices. En primer lugar, el personal de salud brinda una apertura importante para que los usuarios puedan enunciarse, sin embargo, esta apertura parece ser limitada, en primer lugar, las expresiones de los usuarios y usuarias son entendidas desde el marco del modelo médico hegemónico y en los casos observados se ha presentado una indiferencia por el conocimiento del usuario que trata de explicar su mal. Además, se ofrecen medios materiales, como el libro de reclamaciones que no son usados por los usuarios, por lo que esta capacidad no es ejercida plenamente.

Luego, se ha tratado la interacción conflictiva y los malos entendidos entre los usuarios y el personal de salud. Esta situación ocurre según una variación generacional, es decir, las usuarias de mayor edad, perciben que no han tenido ningún tipo de interacción conflictiva con el personal de salud y mencionan que son las jóvenes quienes incurren en estas acciones. Así lo confirman las usuarias y usuarios más jóvenes quienes tienen una mayor tendencia a expresar sus opiniones y quejas al personal de salud. Por otra parte, existe una falta de comprensión de usuarios que reclaman que sus familiares que requieren ser derivados de urgencia al Cusco sean atendidos con la mayor rapidez posible, sin embargo, la rapidez o lentitud de esta situación se debe a que el proceso administrativo requiere coordinaciones con los hospitales de la capital, por lo que no está en manos de los médicos o enfermeras. Por último, el personal de salud manifiesta que existen usuarios que tienen expectativas mayores para la atención médica, es decir, reclaman estudios que no son posibles de ser realizados debido a una insuficiencia de la capacidad resolutoria del Centro de Salud por lo que suelen generar interacciones conflictivas con el personal de salud.

Luego, abordamos a la medicina tradicional como primer nivel de atención, esto quiere decir que se prefiere la medicina tradicional como una opción primaria antes de acudir al Centro de Salud. Esto es ocasionado por la distancia geográfica, que genera una desconexión con usuarios que habitan lejos del establecimiento de salud, por lo que optan primero por remedios tradicionales y, además por una confianza a la eficacia de dichos tratamientos. Sin embargo, si bien en ocasiones la medicina tradicional es eficaz, en otras, la desatención de una condición grave o crónica genera que esta sea aún más complicada de tratar en un futuro e incluso se pone en riesgo la vida del usuario. Esto implica que, si bien la medicina tradicional debe ser incorporada en el marco de una salud intercultural, no se debe negar el derecho y se debe garantizar el acceso a una atención médica formal con la calidad requerida por el usuario.

Posteriormente, abordamos las experiencias anteriores y su influencia en la interrelación, en donde se relatan dos casos importantes. El primero de ellos, trata sobre experiencias de violencia obstétrica que genera una renuencia actual por acudir al Centro de Salud y como alternativa se opta por la medicina tradicional y por la religiosidad. Luego, se relata un testimonio donde se evidencia que el conocimiento médico no es suficiente para algunas enfermedades, esto ha llevado que se discierna sobre la pertinencia de acudir al establecimiento de salud en algunos casos y como alternativa se han optado por agentes tradicionales de salud y tratamientos rituales.

Por último, abordamos las experiencias subalternas del personal de salud. Estas se encuentran marcadas por la precariedad laboral y por la incertidumbre de su futuro laboral ya que no se tiene asegurado un puesto de trabajo. Además, las expectativas de la población en muchos casos no pueden ser cubiertas por el personal de salud debido a la carga de trabajo exagerada que llegan a tener ocasionadas por el cumplimiento de metas impuestas desde la dirección en el Cusco.

Entonces, se ha podido describir la complejidad de la subalternidad en la interrelación entre el personal de salud y los usuarios del Centro de Salud de Paruro, en donde se expresan una serie de dinámicas que reflejan tanto las limitaciones del sistema como las estrategias de los actores involucrados. La subalternidad no es un fenómeno unidimensional, sino que es dinámico, heterogéneo y transitivo. Ambos actores tanto los hegemónicos como los subalternos ocupan posiciones de poder y de subordinación. La precariedad y la incapacidad resolutive del Centro de Salud es la base sobre la cual emergen las situaciones de subalternidad. Los usuarios, aunque en ocasiones resignados a las carencias, encuentran resistencia, utilizando como alternativa la medicina tradicional o las boticas informales, desafiando de alguna manera la hegemonía del modelo médico hegemónico. En este sentido, la interrelación entre usuarios y

el personal de salud no puede entenderse simplemente como una relación dicotómica rígida entre hegemónicos y subalternos. En realidad, se tratan de espacios en donde se negocian constantemente la subordinación y la autoridad en el proceso de enfermedad/atención médica/salud, proceso que, debemos aclarar nunca es lineal.

DISCUSIÓN

En esta tesis nos hemos propuesto comprender la interrelación entre el personal de salud y los usuarios del servicio de atención médica primaria en un contexto intercultural en el Centro de Salud del distrito de Paruro. Para alcanzar este propósito hemos tomado en cuenta como primer objetivo específico las dinámicas comunicativas interculturales dentro del Centro de Salud y, como segundo objetivo específico, la descripción de relaciones de poder entre los actores sociales. Para poder dar cuenta de esto partimos de un enfoque metodológico cualitativo y de un diseño fenomenológico, por lo que, se hizo un énfasis en las vivencias y experiencias de los interlocutores.

La investigación ha revelado que la interrelación entre el personal de salud y los usuarios es compleja, debido a que posee una serie de matices que evidencian tanto puntos de encuentro como de desencuentro entre ambos actores sociales. En definitiva, la interrelación no es un proceso estático, sino que está cargado de constantes negociaciones lo que le da una dinamicidad notable. Esto implica que la comprensión de este fenómeno requiere una observación holística de las vivencias de las personas sobre su contacto y encuentro con el “otro”, las cuales varían notablemente y se encuentran influenciadas por una variedad de aspectos relacionados a sus experiencias y las experiencias que han escuchado y visto de otras personas de su grupo inmediato.

Conviene primero, discutir la idea de interculturalidad de hecho. Hemos considerado la perspectiva de Juan Ansión (2004) y de Juan Ansión y Madeleine Zúñiga (1997), quienes afirman que la interculturalidad es una situación de hecho, es decir implica relaciones que generan influencias mutuas que muchas veces no son reconocidas, pero que inciden en el comportamiento social. Las influencias tienen que ver con la aceptación o desaprobación y a su vez están condicionadas por el “prestigio” de una cultura determinada en un contexto de desigualdad. De manera particular Ansión y Zúñiga (1997) precisan que dichas interrelaciones se enmarcan en un proceso de dominación, explotación, racismo y violencia. Consideramos dichas propuestas debido a que sostenemos que las relaciones interculturales deben estudiarse y describirse pues se desarrollan en un contexto de persistente desigualdad. Esto contrasta con la perspectiva normativa de interculturalidad sostenida en muchas ocasiones por entidades estatales como el Ministerio de Cultura, quienes piensan a la interculturalidad como una coexistencia de respeto mutuo con inclusión social (Ministerio de Cultura, 2017). Esto último, en un escenario tangible no sucede de esta manera, como pudimos describir en esta investigación, la interculturalidad de hecho, se caracteriza por influencias mutuas pero cargadas de una imposición hegemónica, no así de coexistencias “horizontales”. En todo caso, la

perspectiva normativa de la interculturalidad estaría encubriendo imposiciones verticales que suceden en la realidad, a esto último, Tubino y Flores (2020), la denominaron interculturalidad funcional, pues contribuye a la reproducción de un sistema desigual y asimétrico en un contexto de contacto permanente entre diferentes formas de ver el mundo. Con la noción de interculturalidad de hecho, se plantea describir para reconocer, dichas desigualdades y posteriormente, establecer una crítica situada, contextualizada y sobre ella, se pueda contribuir a la construcción de un proyecto político-normativo que guarde correspondencia con la realidad y que la aborde de manera crítica.

Por otro lado, si bien es posible que, en un proceso de interrelación intercultural, las partes involucradas puedan compartir ciertas características culturales, el idioma por ejemplo como hemos visto en el caso de las enfermeras, esto no significa que la interrelación haya dejado de ser intercultural y se convierta en todo caso en una relación intra-cultural, pues las experiencias de las enfermeras en entornos institucionales y conocimientos especializados, han configurado la manera en cómo interpretan distintos elementos culturales. Por ejemplo, se ha podido ver, de que a pesar de que dichas agentes de la salud oficial, integren en su perspectiva elementos culturales de la medicina tradicional, se manifiesta también una evidente postura que otorga mayor confianza a la biomedicina y sus prácticas, es más, son parte de estrategias para que los usuarios acudan al centro de salud a atenderse, se trata de prácticas hegemónicas no violentas, que buscan un consenso con el subalterno. En todo caso, esta es una situación de hecho, no es un proceso lineal ni simple, ni tampoco homogeneizable a todas las realidades del país. Un contexto intercultural es más bien uno de tipo complejo, caracterizado tanto, por integraciones culturales, como también por acciones contrahegemónicas, como el uso de la medicina tradicional como primer nivel de atención y que ha influido en la perspectiva de los médicos, en una suerte de influencia no-consciente de abajo hacia arriba.

Ahora bien, en un contexto intercultural, la interrelación entre el personal de salud y los usuarios no es únicamente una interacción individuo-individuo, sino, siguiendo a Norma Correa (2011), se trata también de una relación Estado-individuo y en este caso, el Estado, se encuentra representado por el establecimiento de salud normado y regulado tanto por la DIRESA como por el MINSA que influyen en la conducta del personal de salud. Como hemos establecido, en el fondo, la interrelación entre ambos actores es un proceso matizado que va desde la hegemonía y subalternidad y podríamos agregar, no solamente en este campo, sino que este se puede reproducir en ámbitos como el educativo y judicial.

Agregamos a todo ello, que la interrelación caracterizada por la hegemonía y subalternidad no se trata de una dinámica reciente, se trata de un proceso histórico que ha

sentado las bases para procesos impositivos, que se ha reproducido hasta tiempos actuales y que, en el devenir del tiempo, ha hecho que las culturas subalternizadas no hayan podido constituir de manera explícita un devenir propio, este hecho es aún una deuda pendiente para el Estado peruano.

Si bien la impronta podría sugerir que un escenario diverso y desigual todas las relaciones son interculturales, esto implicaría reducir a una lógica monocausal y lineal el complejo fenómeno de la interculturalidad. El contexto intercultural se encuentra marcado más bien por relaciones de poder, desigualdades estructurales, trayectorias históricas que conllevan a desigualdades persistentes y asimilaciones pasivas. Pero también se tratan de acciones contrahegemónicas, adopciones críticas y resistencias culturales. Todo este matiz integra la interculturalidad de hecho, por lo que es importante dar cuenta de ello en diferentes dimensiones y niveles.

Pudimos dar cuenta que la comunicación intercultural se caracteriza por el intento del personal de salud de utilizar el quechua, a pesar de que muchas veces su conocimiento sea insuficiente. Este aspecto es importante, ya que el idioma genera confianza y comodidad en los usuarios. A pesar de esto, observamos una situación diglósica, donde el español se impone como lengua hegemónica en la atención médica, mientras que, por su parte, el quechua no es usado frecuentemente por los usuarios en el Centro de Salud. Esto se enmarca en una interculturalidad de hecho, tal como plantean Tubino y Flores (2020).

Además, junto a Tubino y Flores (2020), consideramos que la interculturalidad en el Centro de Salud de Paruro, es una de tipo funcional. Es decir, se reconoce la diversidad cultural, pero sin cuestionar las asimetrías de poder subyacentes. Esto coincide con la propuesta de estos teóricos sobre la necesidad de una interculturalidad crítica como proyecto ético y político que desafíe dichas asimetrías que generan desigualdades.

En el marco de las investigaciones realizadas en América Latina, el fenómeno de la interculturalidad de hecho en su dimensión de la comunicación, encontramos convergencias en las investigaciones de Pérez y Carrasquilla (2018) en comunidades indígenas colombianas; de Pérez (2015), en comunidades de la macro etnia mapuche en Chile; y la investigación de Urrutia-Arroyo (2018), con población migrante. Los estudios convergen en que existe una limitada comunicación ocasionada por una falta de conocimiento sobre la diversidad cultural en dichos países. Los investigadores destacan la perspectiva de la población, aseverando que existe una falta de respeto por las tradiciones, características culturales y el reconocimiento de la diferencia lo que hace que sea urgente la implementación de un enfoque intercultural.

En esta investigación, coincidimos con dichas conclusiones, sin embargo, debemos precisar y articular a este debate que la comprensión de la interculturalidad no se basa únicamente en aspectos materiales de la cultura. Tal como hemos visto en los resultados de investigación, hacer ello implica minimizar el entendimiento de un fenómeno más amplio y profundo, en donde más que el conocimiento de lo material se debe promocionar y entender aquel trasfondo relacionado a la cosmovisión que fundamenta las diferencias culturales.

En nuestro caso, el personal de salud ha entendido a la interculturalidad como una tolerancia pasiva y adaptación a elementos culturales materiales, como la vestimenta o la articulación de tratamientos tradicionales de forma superficial, sin entender la complejidad que implica la forma de ver la realidad —culturalmente mediatizada— de los usuarios que fundamentan dichas características y prácticas. De este modo, precisamos que la interculturalidad implica el reconocimiento de desigualdades socioestructurales como el alejamiento geográfico de los usuarios y sus condiciones económicas. Solamente hemos podido ver atisbos de dicho reconocimiento de desigualdades en el personal de salud entrevistado y en los usuarios, por lo que existe una deuda pendiente de promoción y sensibilización de este aspecto y su integración en las políticas públicas y planes de salud intercultural.

Por su parte las investigaciones revisadas a nivel nacional coinciden en que existe una necesidad de capacitación al personal de salud de manera que sea posible la mejora de la comunicación intercultural y así se pueda ir garantizando una atención de salud adecuada y pertinente culturalmente. Trujillo (2015), propone que existen importantes barreras comunicacionales por parte del personal de salud que imposibilita una atención médica adecuada y la falta de personal con las competencias comunicativas suficientes empeora esta problemática. Con lo anterior coinciden Huanachin y Pariona (2017) destacando que la lengua es un factor central que limita a muchos usuarios quechua-hablantes de Ccaccamarca, quienes sienten que no pueden expresarse de forma adecuada con el personal de salud.

La presente investigación, si bien ha identificado dichas barreras comunicacionales en experiencias de usuarios expuesto por ambos investigadores, también aborda las diferencias contextuales. Algunos usuarios han manifestado que el idioma no era una limitante al interactuar con el personal de salud. En cambio, en el personal de salud se ha podido observar insuficiencias en las competencias de conocimiento del quechua sobre todo en personal médico. Por su parte, las enfermeras han demostrado conocer muy bien el quechua posibilitando una atención en dicho idioma. Consideramos que es fundamental la propuesta de Quispe (2021), quien señala que, en vista del problema de la barrera de la comunicación,

resultaría fundamental considerar la formación de agentes indígenas para asegurar una atención más efectiva.

Las investigaciones revisadas a nivel regional, postulan la importancia del idioma en la comunicación intercultural. Los estudios de Mayorga (2017), Cahn (2012) y Abanto (2021), destacan este aspecto y coinciden en la necesidad del personal de salud de entender el quechua para una comprensión más precisa de la sintomatología. Al entendimiento de este fenómeno contribuimos que el personal médico presenta cierta insuficiencia al momento de entender el quechua, por ello, requieren acudir a una serie de estrategias visuales para que el paciente pueda entender sus indicaciones o, también, apoyarse del personal técnico.

Por otra parte, los resultados de este estudio convergen con los planteamientos de Canh (2012) y Abanto (2021), en el sentido que el idioma genera confianza en la interrelación entre personal de salud y usuarios, lo que a su vez mejora la calidad de la atención médica. Nuestros resultados indican que, dicha confianza se consolida sobre todo con aquel personal que tiene mayor tiempo laborando en el Centro de Salud. Esto ha generado una problemática derivada, debido a que, en vista de la constante rotación de médicos, la población tiene que renovar “lazos de confianza” periódicamente.

En esta línea destacamos el estudio de Valencia (2018), el cual, es importante para poder realizar una discusión enriquecedora, a pesar de la diferencia de temporalidad, hemos encontrado convergencias que resultan valiosas para la comprensión de la salud intercultural en la región del Cusco. Un foco de esta investigación fue realizado en hospitales de la región Cusco, a donde son derivados usuarios de provincias, quienes son atendidos luego de haber pasado por la atención médica primaria. Nuestra investigación se centra precisamente en dicho nivel de atención. En este sentido resultan importantes considerar las convergencias pues se tratan de escenarios diferentes, pero con una conexión secuencial.

Valencia (2018) con respecto a la comunicación intercultural presenta resultados complejos y variados, debido a que ha sido realizado en varios establecimientos de salud. Con dichos resultados convergemos en ciertos aspectos. En primer lugar, la autora ha reconocido también actitudes con respecto a la comunicación que van desde la imposición de la autoridad hasta una actitud de apertura y voluntad de aprender. En segundo lugar, revela un panorama similar al del presente estudio, pues, se afirma que son los médicos quienes mayormente desconocen el quechua y el personal de enfermería y técnico quienes lo manejan con mayor fluidez. Por otra parte, reconoce al personal técnico, como agentes que apoyan a la interpretación del idioma. De nuestra parte, observamos una situación similar y hemos denominado a dicho personal de enfermería con la categoría de mediadoras interculturales de

hecho, por su importante rol, sin una previa capacitación, en la interpretación del idioma y la confianza dada por el usuario que facilita el cuidado y el acompañamiento.

Siguiendo con el orden de la discusión, con respecto al segundo objetivo específico, en cuanto a las relaciones de poder utilizamos las categorías de hegemonía y subalternidad para analizar la interacción entre la medicina tradicional y la biomedicina. Siguiendo a Menéndez (2020a), consideramos que la biomedicina se posiciona como el modelo médico hegemónico, aunque con ciertos matices en su implementación: algunos profesionales de la salud son más abiertos a incorporar la medicina tradicional, mientras que otros la rechazan.

Según los testimonios del personal de salud, hemos podido describir que el modelo médico hegemónico se ve reforzado por normativas y metas impuestas desde instituciones como la DIRESA o el MINSA, que privilegian el conocimiento científico y subestiman los saberes tradicionales. Esto se ha evidenciado en el personal de salud, aunque no son conscientes plenamente de ello. Así, a pesar de la tolerancia a prácticas tradicionales estas no se integran completamente en el sistema oficial de salud, reflejando lo que Albó (1999) considera una forma limitada de interculturalidad.

Luego, los usuarios cuya cosmovisión y prácticas son subalternizadas, experimentan un trato paternalista por parte del personal de salud, quien decide lo que es “mejor” para ellos, sin considerar sus conocimientos y elecciones. Además, siguiendo a Spivak (1985), los subalternos son heterogéneos, lo cual se ha demostrado en las distintas valoraciones de los usuarios sobre la interrelación con el personal y sobre la biomedicina. Además, esta categoría es transitiva, por lo que también afecta al personal de salud, quien se ve subalternizado por instituciones estatales quienes determinan sus condiciones de trabajo, generando una sensación de inseguridad que en última instancia afecta a la calidad de la atención médica y a la interrelación con el usuario.

Las investigaciones revisadas a nivel internacional precisan una situación similar, en base a los resultados expuestos por Pérez y Carrasquilla (2018), Pérez (2015) y Urrutia-Arroyo (2018). Las propuestas de las investigadoras coinciden en que existe una relación asimétrica entre el personal de salud y los usuarios. Aunque con variaciones contextuales, Pérez y Carrasquilla (2018), ha identificado una relación colonial que tiende a estereotipar a los usuarios. Pérez (2015) precisa que los usuarios mapuches sienten un trato despectivo en la relación con el personal; Urrutia-Arroyo (2018) afirma que una falta de formación del personal de salud específica para atención a personas culturalmente distintas contribuye a una relación impositiva de la biomedicina. En la presente investigación coincidimos con la tesis fundamental de las tres investigaciones revisadas. La biomedicina ejerce una primacía sobre la

medicina tradicional. Sin embargo, la diferencia contextual encontrada es que no se ha revelado tratos despectivos a los usuarios en la actualidad del Centro de Salud. La situación negativa expresada por los usuarios se centra, sobre todo, en la insuficiencia de la capacidad resolutive del Centro de Salud, como demoras en la atención, faltas en la infraestructura y medicamentos que ha generado tensiones entre usuarios y personal de salud.

Los estudios nacionales revisados, hacen énfasis en una subvaloración del conocimiento y de las prácticas culturales, propuesta en la que convergemos. Trujillo (2015), hace énfasis en que las prácticas tradicionales de parto no son valoradas lo que ha conducido a una desconfianza de las gestantes. De este aspecto, podemos aportar a este debate la idea de que, si bien se incorpora el parto vertical en el Centro de Salud de Paruro, su articulación requiere supervisión constante del personal médico. Este hecho limita algunas prácticas tradicionales realizadas por la familia de la usuaria, como la ingesta de infusiones, por considerarla peligrosa. No negamos la preocupación del personal médico, sin embargo, consideramos que una planificación interculturalmente diseñada permitiría mejorar la atención e incorporar conocimiento en busca de un bienestar integral y no solo biológico para la gestante. Huanachin y Pariona (2017), afirma una indiferencia del personal médico por conocimientos tradicionales generando una relación vertical. En nuestro caso encontramos más bien matices, desde la negación, la indiferencia, hasta una actitud positiva de apertura para la articulación de la medicina tradicional. Por último rescatamos la propuesta de Quispe (2021), pues, junto a este autor, consideramos que una alternativa prudente es la formación de agentes de salud locales ya que ellos pueden comprender y respetar las cosmovisiones de la población posibilitando que la brecha de relación hegemónica entre la biomedicina y la medicina tradicional pueda minimizarse.

Los estudios a nivel del Cusco, concuerdan que las relaciones de poder entre el personal de salud y los usuarios influyen de manera directa en la calidad de la atención médica. Dongo y Puente de la Vega (2011) y Cahn (2012), revelan que existe un control por parte del Centro de Salud sobre los usuarios. Coincidimos con ambos autores y proponemos que dicho control se realiza en función de la hegemonía, entendida como una dirección ideológica, de la biomedicina, la cual es ponderada debido a la normativa de salud y a la dimensión científica en la que se basa su eficacia.

Valencia (2018), establece que en la ciudad del Cusco existe un reconocimiento incipiente de la medicina tradicional. Convergemos con este argumento y añadimos el hecho de que la hegemonía del conocimiento médico occidental sigue predominando en el Centro de

Salud de Paruro, esto ha llevado a una parcial subvaloración de la medicina tradicional, que es relegada por considerarse peligrosa.

Por otro lado, la autora reconoce al Hospital Antonio Lorena como un establecimiento con una opinión positiva por parte de los usuarios. Sin embargo, en nuestra investigación pudimos describir el testimonio de nuestra interlocutora B, quien revela que sufrió un evento de violencia obstétrica en este Hospital cuando aún era una adolescente de 15 años y que en la actualidad aún le sigue afectando y generando renuencia de volver a establecimientos de salud.

Las investigaciones en la provincia de Paruro, confirman que el fenómeno comunicativo intercultural es una de las mayores problemáticas de la provincia. Tito (2008), identificó esta barrera en el distrito de Huanquite y Aguilar (2023) la identificó en el distrito de Paruro. La investigación realizada por Aguilar (2023), resulta reveladora ya que el trabajo de campo realizada por la investigadora fue en el año 2020 con usuarios del Centro de Salud “Santa Gema Galgani”, el cual es el mismo ámbito de estudio de la presente investigación. Sin embargo, su enfoque fue mixto y su foco de investigación se centró en los usuarios. La investigación de esta autora precisa una tendencia a la valoración negativa por parte de la población usuaria. A diferencia de ello, nuestra indagación ha encontrado matices en la valoración, identificando usuarios que valoran positivamente la calidad de la atención médica. La demora en la atención es un punto en el que coincidimos con Aguilar (2023), por lo que, se refuerza aún más la idea que este aspecto relacionado con la capacidad resolutoria del Centro de Salud es un punto débil que requiere una urgente revisión. Asimismo, junto a Aguilar (2023), concordamos en que la atención a personas de la tercera edad es otro aspecto crítico de mejora.

Con base en lo revisado, proponemos que la interculturalidad no solamente implica la integración de la medicina tradicional, entendida como la aceptación o el respeto de su uso o su tolerancia superficial. Implica un verdadero reconocimiento, entendimiento y valoración, implica reconocerla como válida y eficaz, no desde un marco de entendimiento académico, sino empático y reflexivo. Por otro lado, la interculturalidad como proyecto y enfoque, no solamente tiene que ver con las competencias interculturales y con la adopción de prácticas tradicionales ni con la pertinencia cultural. Tiene que ver con el reconocimiento que los usuarios que se atienden en el Centro de Salud, se encuentran y se han encontrado insertos en un marco de relaciones asimétricas e incluso, en algunos casos, violentas. Esto implica que han desarrollado experiencias que influyen y moldean la interrelación actual con el personal de salud. Entender y empatizar con esto es una competencia fundamental, tan importante como es el conocer el idioma quechua.

Además, debemos precisar que, si se analiza la interrelación entre el personal de salud de los usuarios, se puede observar que, en el contexto, la dinámica tiende a ser más una relación cultural que una relación intercultural. Es decir, en la relación cultural, cada grupo —tanto personal de salud como usuarios—, mantiene sus propias creencias, pero no necesariamente se genera un intercambio profundo, o en términos de Albó (1999) un enriquecimiento mutuo. Este tipo de relación es observable en el Centro de Salud del distrito de Paruro, donde las creencias y prácticas de salud tradicionales de los usuarios coexisten con la biomedicina, pero se trata de una dinámica más coexistente que integradora. Por otra parte, siguiendo con la propuesta de Albó (1999), una interrelación intercultural enriquecedora, implica un reconocimiento mutuo, en el cual las partes no solo coexisten, sino que se puede notar una valoración de los conocimientos diversos en pro de una atención más pertinente culturalmente y más adecuada a las necesidades de la población. Sin embargo, en esta investigación hemos podido dar cuenta que esta visión de interculturalidad no parece cumplirse en la realidad observada. La normativa estatal referida a la interculturalidad en salud, proyecta un modelo de interrelación en el que se fomenta un intercambio respetuoso y equitativo, pero las condiciones de poder asimétricas y las limitaciones estructurales impiden significativamente que esto se concrete, creándose de esta manera una distancia entre el ideal y la realidad.

Dicha distancia, evidencia además una lógica de dominación epistémica lo que remite a la crítica planteada por Fornet-Betancourt (1999) a la filosofía occidental. En otras palabras, la atención de los servicios de salud institucionales, basados principalmente en la biomedicina invisibiliza otros saberes. Frente a ello, el filosofar contextual resulta particularmente pertinente ya que permite superar la brecha entre el ideal y la realidad al plantear la necesidad de construir relaciones interculturales basadas en el reconocimiento de otros saberes, tomando en cuenta el contexto histórico y cultural de las personas. Con base en el presente estudio podemos inferir que el problema de la interculturalidad en salud empieza a trascender el hecho comunicativo —sin que signifique abandonarlo por completo— sino que es necesario poner énfasis en la estructura de poder que privilegia a un único saber médico. Por lo tanto, a partir de la propuesta del filosofar contextual, como punto de reflexión, se debe empezar a pensar los servicios médicos de primera línea en contextos rurales y urbanos más allá de la superficial inclusión de elementos culturales, apostando por una transformación de la interrelación, en la que tanto los profesionales de la salud como los usuarios puedan tomar decisiones desde un espacio de equidad epistémica.

Ahora bien, debemos precisar que algunas limitaciones metodológicas encontradas a lo largo de la investigación estuvieron relacionadas sobre todo en aplicar las técnicas de

investigación. Esto se debe a dos motivos; primero, el Centro de Salud es un espacio en donde se pone en juego la intimidad y la confidencialidad del paciente, por esto, la recolección estuvo limitada éticamente a estos principios. Segundo, la ajetreada rutina tanto del personal de salud como de los usuarios condicionó muchas veces la recolección de datos, por lo que tuvimos que adecuarnos a la actividad cotidiana de nuestros interlocutores. Por otra parte, el trabajo con experiencias que remiten a vivencias traumáticas de los usuarios nos lleva a reflexionar sobre los límites de nuestra indagación. Como investigadores, debemos ser conscientes de la importancia de proteger la integridad de nuestros interlocutores por lo que, es necesario ponderar su bienestar emocional por encima de cualquier ambición investigativa. Por otra parte, en las fases iniciales de la recolección de datos nuestra presencia en el campo de investigación generó expectativas en la población, nuestro rol fue confundido con el de un fiscalizador de alguna entidad estatal. Por ello fue necesario aclarar nuestros objetivos de investigación de manera constante para que la interacción con la comunidad pueda estar marcada por la transparencia, la confianza y la sinceridad. Esto nos lleva a reflexionar sobre la importancia de clarificar desde el inicio las expectativas de los interlocutores, de forma que se eviten generar falsas percepciones sobre los beneficios que la investigación podría acarrear a la población.

En base a todo lo propuesto en este estudio, hemos podido dar cuenta de líneas de investigación, insuficientemente exploradas en la investigación antropológica cusqueña. Primero, es necesaria una antropología de las políticas públicas y de los planes nacionales de salud intercultural de manera que se pueda identificar los alcances de estos en comunidades tanto andina como amazónica de la región del Cusco. La investigación sobre este tipo de políticas podría considerar la pertinencia de incorporar conocimiento y una manera particular de relacionarse con la naturaleza propia del poblador andino que influye en muchas instancias de su vida, esto último ha sido tratado recientemente por Champi (2024). Luego, no hemos identificado muchos estudios que aborden de manera específica los modelos médicos subalternos en un escenario intercultural. El único acercamiento importante a este tema fue la investigación llevada a cabo por Tarco (2024), quien —a pesar de no ser su propósito principal— ha podido dar cuenta de la gran influencia que tienen elementos de sanación espiritual culturalmente influenciados, como el Ayahuasca, en personas de distintas escalas y de distintas procedencias, hecho que remarca su acercamiento intercultural y marca la pauta de investigaciones futuras en esta área. Esto último nos lleva a sugerir incorporar la teoría de Eduardo Menéndez en futuras investigaciones en el campo de la antropología de la salud y de la interculturalidad.

Para finalizar, la situación de la salud en el distrito de Paruro presenta deficiencias significativas en cuanto a su capacidad resolutive y la incorporación del enfoque intercultural. Estas carencias impactan tanto a los usuarios, quienes acuden en busca de alivio para los diversos malestares que los aquejan, afectando no solo a su bienestar, sino también al de sus familias. Como al personal de salud que con frecuencia se enfrenta no solo a la muerte, sino, a una infraestructura de salud pública insuficiente, y a la incertidumbre sobre la continuidad de su labor.

La salud, sin duda, es un pilar fundamental para el bienestar humano; sin embargo, en el país parece que no se han aprendido las lecciones de la pandemia, persisten fallas que ya eran evidentes mucho antes de la catástrofe viral del COVID-19. Ochenta y cinco años después, el reclamo hecho verso del poeta de Santiago de Chuco resuena aún y con mayor fuerza: “Señor Ministro de Salud: ¿qué hacer?” (Vallejo, 1939, p. 40). El histórico silencio como respuesta de los responsables solo profundiza la desesperación de las vidas que claman por una solución.

CONCLUSIONES

En conclusión, la interrelación entre el personal de salud y los usuarios del servicio de atención médica primaria revela una dinámica compleja, marcada por relaciones de poder asimétricas y desiguales que configuran una interrelación intercultural de hecho. Esta situación difiere significativamente del modelo de interrelación intercultural propuesto desde el Estado, el cual busca un intercambio “equitativo” y “horizontal”, pero que en la práctica no refleja la realidad observada. Si bien se identifican actitudes positivas, como la apertura a comprender al “otro” y la disposición a integrar algunas prácticas de salud tradicional en la atención médica, también se evidencian actitudes de indiferencia y resignación entre los actores. Las dificultades y conflictos en la interrelación son en gran parte resultado de las limitaciones de recursos y la sobrecarga del personal de salud, problemas que responden a una dimensión mucho más estructural. Esto provoca demoras en la atención, una escasez de medicamentos esenciales para los usuarios, factores que fragmentan aún más la interrelación. Así, mientras el personal de salud intenta incentivar la asistencia regular al Centro de Salud, los usuarios, frente a las deficiencias percibidas, recurren a alternativas como las boticas del distrito y la medicina tradicional, evitando de esta manera el contacto.

Las competencias comunicativas interculturales en la interrelación entre el personal de salud y los usuarios reflejan una actitud de apertura por parte de los médicos hacia el uso del idioma quechua. No obstante, en la práctica, el manejo de este idioma resulta limitado debido a un conocimiento parcial, lo que restringe su uso efectivo a pesar de los esfuerzos por integrarlo. Por otro lado, el personal de enfermería demuestra un dominio más sólido del quechua, lo que ha fomentado una mayor confianza entre los usuarios, consolidándolas como mediadoras interculturales de hecho, sin haber recibido una capacitación formal para este rol. En cuanto a los usuarios, existe una diversidad de percepciones: algunos afirman no tener dificultades en su comunicación con médicos y enfermeras, mientras que otros destacan que muchas personas enfrentan barreras debido al desconocimiento del quechua por parte del personal médico. Además, la comunicación se ve afectada por las particularidades de los diferentes grupos etarios, especialmente en el caso de los adultos mayores, quienes presentan dificultades tanto de la comprensión del idioma como en la interpretación de indicaciones escritas exacerbadas por problemas físicos como la audición. Frente a estas barreras, el personal médico ha mostrado disposición para superarlas, utilizando herramientas visuales y apoyándose en el personal de enfermería para garantizar que los usuarios reciban explicaciones detalladas y comprensibles.

Las relaciones de poder en la interrelación entre el personal de salud y los usuarios se caracterizan por una dimensión hegemónica, en la cual la biomedicina, ejercida por los profesionales de salud, se impone como enfoque prioritario en la atención. Esto se manifiesta en la medicalización de los tratamientos y en estrategias específicas para garantizar que los usuarios acudan al Centro de Salud, evitando la agravación de su situación. Los medicamentos occidentales son presentados como los principales tratamientos, mientras que la medicina tradicional es considerada eficaz solo para casos leve como complemento secundario de la biomedicina. Desde una posición subalterna, los usuarios no han encontrado espacios adecuados de enunciación para expresar sus necesidades o inconformidades. Luego, ante las deficiencias en la capacidad resolutive del establecimiento, los usuarios tienden a recurrir a la medicina tradicional como primer nivel de atención, optando por la biomedicina solo cuando su situación se agrava, lo que provoca a que lleguen al Centro de Salud con cuadros más severos. Además, las experiencias previas de las usuarias, especialmente casos de violencia obstétrica y limitaciones del conocimiento médico, han contribuido a una cierta renuencia hacia el sistema biomédico. Estas experiencias han llevado a que muchas prefieran otras alternativas de tratamiento, refugiándose en la religiosidad y en tratamientos tradicionales. Por otro lado, también se evidencia una situación de subalternidad dentro del mismo personal de salud, ya que estos enfrentan cargas laborales excesivas y dependen de instituciones estatales que controlan su estabilidad laboral.

RECOMENDACIONES

Se recomienda la implementación de mecanismos de diálogo entre el personal de salud y los usuarios, promovidos conjuntamente por el Ministerio de Salud y la Municipalidad Provincial de Paruro. Esto permitirá crear y recrear la confianza entre ambas partes, contribuyendo a una mejora en la calidad de la interrelación. Asimismo, es fundamental invertir en la superación de las deficiencias infraestructurales y en el abastecimiento de recursos médicos, ya que estas limitaciones son fuentes de tensiones entre el personal de salud y los usuarios. Además, es crucial realizar evaluaciones periódicas sobre la calidad de la atención médica primaria. Estas evaluaciones permitirán identificar conflictos y abordarlos oportunamente, evitando que afecten la calidad del servicio brindado a los usuarios y las condiciones laborales del personal de salud.

Se recomienda que el Estado mejore y rediseñe los servicios de educación básica regular intercultural, integrando contenidos que promuevan competencias interculturales que permitan a los usuarios fortalecer su relación con el personal de salud. Además, que las instituciones universitarias y de educación técnica superior que forman a futuros profesionales y técnicos de la salud incorporen o refuercen la enseñanza del idioma quechua. Esto permitirá que los trabajadores de la salud puedan desempeñarse y comunicarse de manera adecuada con los usuarios a los que atiendan, mejorando así sustancialmente la calidad de atención médica en todos los niveles en la región del Cusco. Además, en una colaboración multisectorial, es necesario que se realicen capacitaciones regulares en donde se refuerce la competencia comunicativa del quechua y promocionar una mayor y constante formación en interculturalidad en los médicos. En el caso de los usuarios, es fundamental revalorizar la cultura propia sin estigmas, fomentando el respeto mutuo y la integración de saberes en la atención médica primaria.

Se recomienda fomentar esfuerzos colaborativos con universidades nacionales para promover investigaciones académicas que aborden las relaciones de poder entre los profesionales de los servicios de salud públicos y privados y los usuarios que acceden a ellos. De esta manera, resulta prioritario implementar campañas de sensibilización dirigidas al personal de salud, enfocadas en su posición hegemónica dentro de los establecimientos de salud. Estas campañas deberían, además, promover la conciencia y empatía en los trabajadores de salud respecto a las diversas características sociales, culturales y económicas de los usuarios, con el fin de mejorar la calidad de la interrelación entre ambos grupos.

BIBLIOGRAFÍA

- Abanto, M. (2021). *Pertinencia Cultural del Personal Sanitario en la atención primaria de salud de la micro red Livitaca – 2018* [Tesis de maestría, Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco].
https://repositorio.unsaac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12918/6016/253T20211039_TC.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Aguilar, K. (2023). *Visión del usuario sobre los servicios de salud con pertinencia cultural en la provincia de Paruro - 2020* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco].
https://repositorio.unsaac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12918/7854/253T20230470_TC.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Alabarcas, P., & Añon, V. (2016). Subalternidad, pos-decolonialidad y cultura popular: nuevas navegaciones en tiempos nacional-populares. *Memoria Académica*, 37, 13–22.
https://www.researchgate.net/publication/312901603_Subalternidad_postdecolonialidad_y_cultura_popular
- Albó, X. (1999). *Iguals, aunque Diferentes Hacia unas políticas interculturales y lingüísticas para Bolivia* (H. Fernández (ed.); Tomo XI). Fundación Konrad Adenauer, Centro de Investigación y Promoción del Campesinado.
- Albó, X. (2004). Interculturalidad y salud. *Salud e Interculturalidad En América Latina: Perspectivas Antropológicas*, 65–74.
<https://miel.unlam.edu.ar/data/contenido/1366/Albo-Interculturalidad-y-Salud.pdf>
- Albó, X. (2010). Inclusión y la construcción de actitudes interculturales en tiempos de transformación. *Educación, Transformación e Inclusión. Documentos de Análisis y Propuestas*, 27.
<https://www.minedu.gob.bo/files/publicaciones/veaye/dgea/InclusionConstruccionActitudesInterculturales.pdf>
- Altamirano, C. (2002). *Términos críticos de sociología de la cultura*. Paidós.
<https://holossanchezbodas.com/wp-content/uploads/2020/04/Altamirano-Carlos-Terminos-Criticos-De-Sociologia-De-La-Cultura-1.pdf>
- Alvarado, V. (2002). Políticas públicas e interculturalidad. *Interculturalidad y Política. Desafíos y Posibilidades*, 33–50. <https://repositorio.up.edu.pe/handle/11354/137>
- Ansión, J. (2004). El reto de la interculturalidad. *Tarea Revista de Educación y Cultura*, 60, 24–29. http://tarea.org.pe/images/Tarea60_24_Juan_Ansion.pdf
- Ansión, J., & Zúñiga, M. (1997). Interculturalidad y educación en el Perú. *Foro Educativo*, 1–42.
https://www.researchgate.net/publication/44822355_Interculturalidad_y_educacion_en_el_Peru
- Arias, C. (2021). La antropología compartida y la teoría del subalterno. *Archipiélago. Revista Cultural de Nuestra América*, 28(111), 52–56.
<http://revistas.unam.mx/index.php/archipelago/article/view/79277>
- Asensi, M. (1985). La subalternidad borrosa. In *¿Pueden hablar los subalternos?* (p. 132). MACBA. https://img.macba.cat/public/document/2020-02/spivak_pueden_hablar_los_subalternos.1.pdf

- Asociación de Academias de la Lengua Española. (2010). *Diccionario de americanismos*. Asale.Org. <https://www.asale.org/damer/chuvis#:~:text=adv.,Con mucho detalle y pormenor>.
- Atkinson, P., & Coffey, A. (2003). *Encontrar el sentido a los datos cualitativos. Estrategias complementarias de investigación* (Primera ed). Editorial Universidad de Antioquia.
- Barabas, A. (2014). Multiculturalismo, pluralismo cultural e interculturalidad en el contexto de América Latina: la presencia de los pueblos originarios. *Configuracoes*, 14, 1–14. <https://doi.org/10.4000/configuracoes/2219>
- Baththyány, K., & Cabrera, M. (2011). *Metodología de la investigación en Ciencias Sociales. Apuntes para un curso inicial*. Departamento de Publicaciones, Unidad de Comunicación de la Universidad de la República (UCUR). https://www.researchgate.net/publication/354099679_Metodologia_de_la_investigacion_en_Ciencias_Sociales_Apuntes_para_un_curso_inicial
- Behar, D. (2008). *Metodología de la investigación* (Primera). Editorial Shalom.
- Braun, V., & Clarke, V. (2022). *Thematic Analysis* (A. Maher (ed.); Primera). SAGE Publications Ltd.
- Bustos, D. (2017). *Biomedicina desde la perspectiva antropológica social con respecto a los procesos salud, enfermedad atención*. [https://repositorio.ecci.edu.co/bitstream/handle/001/1335/Trabajo de grado.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ecci.edu.co/bitstream/handle/001/1335/Trabajo_de_grado.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Cahn, J. (2012). *Comunicación entre personal médico y pacientes indígenas un estudio de la medicina intercultural* [SIT Study Abroad]. https://digitalcollections.sit.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2456&context=isp_collection
- CENEPRED. (2023). *Escenario de riesgo por bajas temperaturas del departamento de Cusco* (Primera). Centro Nacional de Estimación, Prevención y Reducción del Riesgo de Desastres. https://sigrid.cenepred.gob.pe/sigridv3/storage/biblioteca/16078_escenarios-de-riesgo-por-bajas-temperaturas-del-departamento-de-cusco.pdf
- Champi, C. (2024). *Las relaciones entre los hombres y la naturaleza en una comunidad campesina: Caso del sector Chiquis de Marcapata* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco]. [https://repositorio.unsaac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12918/8277/253T20240009_T C.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.unsaac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12918/8277/253T20240009_T_C.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Correa, N. (2011). Interculturalidad y políticas públicas: una agenda al 2016. *Economía y Sociedad*, 77, 53–58. <https://cies.org.pe/wp-content/uploads/2016/07/10-correa.pdf>
- De Moura, A. (2012). Entrevista: Eduardo Luis Menéndez Spina. *Trabalho, Educação e Saúde*, 10(2), 335–345. <https://www.redalyc.org/pdf/4067/406756997009.pdf>
- Dietz, G. (2017). Interculturalidad: una aproximación antropológica. *Perfiles Educativos*, 39(156), 16. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-26982017000200192
- Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales (PNUME) para el Sector Salud - 2018, 13 (2018). http://diresacusco.gob.pe/salud_individual/demid/uso_racional_med/LMEPORNIVELE

- DIRESA Cusco. (2021). *Análisis de la situación de salud Cusco 2021*.
<http://www.diresacusco.gob.pe/bdata/asis/asis-2021.pdf>
- Dongo, S., & Puente de la Vega, J. (2011). *La atención del parto con enfoque intercultural en los hospitales Regional y Antonio Lorena de la provincia del Cusco* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco].
<http://repositorio.unsaac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12918/1084/253T20110062.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Durand, F., Salcedo, E., Beteta, E., Elorreaga, O., & Gianella, C. (2020). *Patologías del sistema de salud peruano* (Primera ed). Fondo Editorial PUCP.
- Escudero, C., & Cortez, L. (2018). *Técnicas y métodos cualitativos para la investigación científica* (Primera ed). Ediciones UTMACH.
- Escuela Profesional de Enfermería UAC. (2024). *Malla curricular 2020*.
<https://www.uandina.edu.pe/descargas/documentos/dda/enfermeria-PE-2020.pdf>
- Escuela Profesional de Enfermería UNSAAC. (2020). *Plan de estudios*.
<https://www.uandina.edu.pe/enfermeria/#1610926560834-68e353fd-def0bb7a-43e55dba-ecc8>
- Escuela Profesional de Medicina Humana UAC. (2020). *Plan de estudios escuela profesional de Medicina Humana*.
<https://www.uandina.edu.pe/descargas/documentos/dda/medicina-humana-PE-2020.pdf>
- Escuela Profesional de Medicina Humana UNSAAC. (2022). *Resolución Nro. CF- 019 - 2022-FCS-UNSAAC/*. Plan de Estudios 2017.
<https://mh.unsaac.edu.pe/home/documento.php?uid=740c7996fcc611ec982c0800271596e9&filename=PLAN+DE+ESTUDIO>
- Estermann, J. (2006). *Filosofía Andina. Sabiduría indígena para un mundo nuevo* (Segunda ed). Insituto Superior Ecuménico Andino de Teología.
- Fornet-Betancourt, R. (n.d.). *La pluralidad de conocimientos en el diálogo intercultural* (pp. 1–5). <https://icasoac.org/pdf/09-segsem/05-07-ep7/doc10.pdf>
- Fornet-Betancourt, R. (1999). *Filosofía e interculturalidad en América Latina: intento de introducción no filosófica* (pp. 1–14). Simposio Latinoamericano sobre Educación Intercultural y pueblos indígenas.
- Fornet-Betancourt, R. (2006). Interculturalidad o barbarie 11 tesis provisionales para el mejoramiento de las teorías y prácticas de la interculturalidad como alternativa de otra humanidad. *Comunicación*, 4, 27–49.
https://centroderecursos.cultura.pe/sites/default/files/rb/pdf/interculturalidad_o_barbarie_11_tesis_provisionales_para_el_mejormiento_de_las_teorias_y_practicas_de_la_interculturalidad_como_alternativa_de_otra_humanidad.pdf
- Fornet-Betancourt, R. (2012). Teoría y praxis de la filosofía intercultural. *Recerca.Revista de Pensament I Anàlisi*, 10(10), 13–34.
https://www.researchgate.net/publication/266446149_Teoria_y_praxis_de_la_filosofia_intercultural
- García, N. (1984). Gramsci con Bourdieu. Hegemonía, consumo y nuevas formas de

- organización popular. *Nueva Sociedad*, 71, 69–78.
<http://seminariocultura.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/90/2012/01/Garca-Canclini-Bourdieu-y-Gramsci.pdf>
- Gayoso, A. (2008). Acceso a medicamentos, un derecho humano: compra centralizada y subasta inversa. *Coyuntura. Análisis Económico y Social de Actualidad*, 4(21), 17–20.
<https://repositorio.pucp.edu.pe/index/bitstream/handle/123456789/47401/gayoso.pdf?sequence=1>
- GERESA Cusco. (2024). *Boletín epidemiológico Semana 30*.
<http://www.diresacusco.gob.pe/bdata/epidem/BOLETIN302024.pdf>
- Gianella, C. (2020). *Fortalecer el sistema de salud público para la equidad en salud: una necesidad impostergable*.
- Gil, V. (2004). *Éthos médico. Las significaciones imaginarias de la profesión médica en México* (R. Bonilla (ed.); Primera ed). Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco.
- GORE Cusco. (2019). *Estudio de diagnóstico y zonificación de la provincia de Paruro*.
<https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/2595256/Estudio de Diagnóstico y Zonificación - PRIMERA PARTE.pdf?v=1639166342>
- Gramsci, A. (2013). *Antología*. Herederos de Manuel Sacristán.
<https://arxiu Josep Serradell.cat/wp-content/uploads/2021/12/GRAMSCI-ANTONIO-Antologia-Trad.-Sacristán-Ed.-Akal-por-Ganz1912.pdf>
- Hernández-Sampieri, R., & Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. Mc Graw Hill Education.
- Hernández, G. (2013). Subalternidad y practicas desde la subalternidad. *Revista Del CEHIM*, 9(9), 102–120.
https://repositoriodigital.uns.edu.ar/bitstream/handle/123456789/3864/TEMAS_MUJERES_09_6-HERNÁNDEZ.pdf
- Hernandez Sampieri, R., & Mendoza, C. (2018). *Metodología de la Investigación : Las Rutas Cuantitativas, Cualitativa y Mixta* (Mc GRAW HI).
- Hospital Regional del Cusco. (2023). *Análisis situacional de servicios hospitalarios (ASISHO) 2023*. <https://hrcusco.gob.pe/wp-content/uploads/2024/05/ASISHO2023.pdf>
- Huanachin, M., & Pariona, V. (2017). *Conducta intercultural de los trabajadores de salud, respecto a los usuarios del puesto de salud de Ccaccamarca, Ocros, Huamanga, Ayacucho, 2017* [Tesis de pregrado, Universidad de San Cristóbal de Huamanga].
http://repositorio.unsch.edu.pe/bitstream/UNSCH/2290/1/TESIS En708_Hua.pdf
- INEI. (2018). *La autoidentificación étnica: Población Indígena y afroperuana*. Instituto Nacional de Estadística e Informática.
<https://centroderecursos.cultura.pe/sites/default/files/rb/pdf/autoidentificacion-etnica.pdf>
- INEI. (2020). *Mapa de Pobreza Provincial y Distrital 2018*.
<https://www.gob.pe/institucion/inei/informes-publicaciones/3204872-mapa-de-pobreza-provincial-y-distrital-2018>
- Instituto de Educación Superior Tecnológico Privado Antonio Lorena. (2024). *Malla Curricular Enfermería Técnica*. <https://antoniolorena.edu.pe/enfermeria-tecnica-2/>

- Instituto Nacional de Estadística e Informática - INEI. (2017). *Censos nacionales 2017: XII de población, VII de vivienda y III de comunidades indígenas*. Sistema de Consulta de Base de Datos - REDATAM. <https://censos2017.inei.gob.pe/redatam/>
- Instituto Nacional de Salud. (n.d.). *Muña*.
https://ins.gob.pe/repositorioaps/0/7/jer/censi_plant_indi/Muña_Vademecum.pdf
- Jiménez, M. (2008). Aproximación teórica de la exclusión social: Complejidad e imprecisión del término. Consecuencias para el ámbito educativo. *Estudios Pedagógicos*, 34(1), 173–186. <https://www.scielo.cl/pdf/estped/v34n1/art10.pdf>
- Jimenez, P., Feo, C., & Feo, O. (2012). Pensamiento contrahegemónico en salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 38(4), 602–614.
<https://revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/187#:~:text=Resumen La salud y la salud pública están,privilegiado para la acumulación y reproducción de capital.>
- Macháin, G. M., Aldana, C. A., Larroza, W., Capdevila, D., Páez, L. I., & Cáceres, M. E. (2021). Pressure ulcers at the Adult Emergency Service of the Clínica's Hospital in the period 2014-2019. *Anales de La Facultad de Ciencias Médicas (Asunción)*, 54(2), 103–110. <https://doi.org/10.18004/anales/2021.054.02.103>
- Mayorga, J. (2017). *Asociación de la comunicación intercultural con la prevalencia de las infecciones respiratorias agudas en pobladores de dos comunidades campesinas de la provincia del Cusco* [Tesis de doctorado, Universidad Nacional de San Agustón de Arequipa]. <https://repositorio.unsa.edu.pe/server/api/core/bitstreams/d9afdc3d-ea7f-4d01-8868-a04d9900719a/content>
- MEF. (2009). *Mapa de pobreza*.
https://www.mef.gob.pe/es/?option=com_content&language=es-ES&Itemid=101134&lang=es-ES&view=article&id=369
- Menéndez, E. L. (1985). El modelo médico dominante y las limitaciones y posibilidades de los modelos antropológicos. *Desarrollo Económico*, 24(96), 593–604.
<http://links.jstor.org/sici?sici=0046-001X%28198501%2F03%2924%3A96%3C593%3AEMMDYL%3E2.0.CO%3B2-2>
- Menéndez, E. L. (1998). Modelo médico hegemónico: Reproducción técnica y cultural. *Natura Medicatrix*, 51, 17–22.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4989316>
- Menéndez, E. L. (2016). Salud intercultural: propuestas, acciones y fracasos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(1), 109–118. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015211.20252015>
- Menéndez, E. L. (2020a). *Morir de alcohol: saber y hegemonía médica* (Primera ed). De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús. <https://doi.org/10.18294/9789874937490>
- Menéndez, E. L. (2020b). Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias. *Salud Colectiva*, 16, 1–25. <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2615>
- Ministerio de Cultura. (2017). *Política Nacional para la transversalización del enfoque intercultural*. <https://centroderecursos.cultura.pe/sites/default/files/rb/pdf/Politica-nacional-para-la-transversalizacion-del-enfoque-intercultural-final.pdf>
- Ministerio de Energía y Minas. (2023). *Evaluación de peligros geológicos por deslizamientos y derrumbes en el sector Retamachayoc de la Comunidad de Cucuchiray*.
https://sigrid.cenepred.gob.pe/sigridv3/storage/biblioteca/16361_informe-tecnico-n0-

- a7391-evaluacion-de-peligros-geologicos-por-deslizamientos-y-derrumbes-en-el-sector-retamachayoc-de-la-comunidad-de-cucuchiray.pdf
- Ministerio de Salud del Perú. (2023). *Plan de salud integral y el fortalecimiento del servicio de salud con enfoque intercultural en ámbito de los pueblos originarios para el año 2024*.
- MINSA. (n.d.). *Centro Médico Paruro en Paruro*. Establecimientos de Salud Del DISA Cusco. <https://www.establecimientosdesalud.info/cusco/centro-medico-paruro-paruro/>
- Monje, C. (2011). *Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa* (Primera). Universidad Surcolombiana.
- Municipalidad Provincial de Paruro. (2020). *Informe 05: Plan vial provincial participativo de Paruro 2021-2025*. https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/2096536/Entregable_5_PVPP_Paruro.pdf
- Municipalidad Provincial de Paruro. (2021). *Plan de prevención y disminución del riesgo de desastres para la provincia de Paruro al 2021*. https://sigrid.cenepred.gob.pe/sigridv3/storage/biblioteca/6191_plan-de-prevencion-y-reduccion-del-riesgo-de-desastres-de-la-provincia-de-paruro-al-2021.pdf
- Ñaupas, H., Valdivia, M., Palacios, J., & Romero, H. (2018). *Metodología de la investigación. Cuantitativa-cualitativa y redacción de tesis* (Quinta ed.). Ediciones de la U.
- OIT. (1989). *Convenio Número 169. Convenio sobre pueblos indígenas y tribales*. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_norm/@normes/documents/publication/wcms_100910.pdf
- Pérez, C. (2015). *Salud intercultural desde la visión de usuarios y prestadores de salud de las comunas de Cañete y Tirúa* [Tesis de maestría, Universidad de Concepción - Chile]. http://repositorio.udec.cl/bitstream/11594/2142/3/Tesis_Salud_Intercultural_desde_la_vision_de_usuarios.pdf
- Pérez, C., & Carrasquilla, D. (2018). Relación enfermera-paciente frente a la diversidad cultural. Una mirada en situaciones de cuidado a pacientes indígenas. *Index de Enfermería*2, 27(4), 216–220. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962018000300008
- Pizza, G. (2006). Antonio Gramsci y la antropología médica contemporánea. Hegemonía, capacidad de actuar (agency) y transformaciones de la persona. *Revista de Antropología Social*, 14, 15–32. https://doi.org/10.5209/rev_RASO.2005.v14.10240
- Plataforma digital única del Estado Peruano. (2023a). *Cerca de 500 participantes formarán parte de “Hambre Cero: Cumbre Nacional de Gobernadores Regionales.”* <https://www.gob.pe/institucion/regioncusco/noticias/735546-cerca-de-500-participantes-formaran-parte-de-hambre-cero-cumbre-nacional-de-gobernadores-regionales>
- Plataforma digital única del Estado Peruano. (2023b). *Relación de Hospitales en el Perú*. MINSA. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/3872726-relacion-de-hospitales-en-el-peru>
- Plataforma digital única del Estado Peruano. (2024). *Servicios y categorías del primer nivel de atención de salud*. <https://www.gob.pe/16728-servicios-y-categorias-del-primer-nivel-de-atencion-de-salud>

RENIPRESS. <http://app20.susalud.gob.pe:8080/registro-renipress-webapp/ipress.htm?action=mostrarVer&idipress=00002499#no-back-button>

- Tarco, G. (2024). *Construcción de narrativas sobre Ayahuasca desde la industria del turismo místico en el distrito de Písaq, 2023* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco].
https://repositorio.unsaac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12918/8433/253T20240083_TC.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Trujillo, J. (2015). *Factores Interculturales que impiden la atención asistencial de gestantes en el distrito de Churubamba - Huánuco* [Tesis de maestría en salud pública y gestión sanitaria, Universidad Nacional Hermilio Valdizan].
https://repositorio.unheval.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13080/2206/TM_Trujillo_Valer_Jhon.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Ttito, A. (2008). *Interculturalidad en la salud reproductiva de mujeres campesinas de Molle Molle Huanquite – Paruro, Cusco, Perú* [Tesis de maestría, Universidad Autónoma de Madrid].
https://renati.sunedu.gob.pe/bitstream/sunedu/153000/2/Ttito_Tica_Alejandra_M.pdf
- Tubino, F. (2022). Las condiciones del diálogo intercultural según Raúl Fornet-Betancourt. *Utopía y Praxis Latinoamericana*, 27(99), 1–8.
<https://doi.org/http://doi.org/10.5281/zenodo.7091105>
- Tubino, F., & Flores, A. (2020). *La interculturalidad crítica como política de reconocimiento* (Fondo Editorial Pontificia Universidad Católica del Perú (ed.); Primera ed). Pontificia Universidad Católica del Perú.
- United Nations Development Programme. (2017). *IDH 2017 Perú*.
<https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/migration/pe/8624fa5f0070c47aea699a2be6adfab7552b9a45c2446a267fec91a116c3150a.xlsx>
- Universidad Andina del Cusco. (2016a). *Escuela profesional de enfermería Plan de Estudios 2016*. <https://www.uandina.edu.pe/descargas/documentos/dda/enfermeria-PE-2016.pdf>
- Universidad Andina del Cusco. (2016b). *Escuela profesional de Medicina Humana Plan de Estudios 2016*. <https://www.uandina.edu.pe/descargas/documentos/dda/medicina-humana-PE-2016.pdf>
- Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco. (2005). *Catalogo de asignaturas Escuela profesional de Enfermería*.
<http://ccomputo.unsaac.edu.pe/planes/CURRICULA-1-ENFERMERIA.pdf>
- Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco. (2008). *Catálogo de asignaturas Escuela profesional de Medicina Humana*.
<http://ccomputo.unsaac.edu.pe/planes/CURRICULA-1-MEDICINA HUMANA.pdf>
- Urrutia-Arroyo, R. (2018). Percepciones sobre la educación intercultural y relación médico-paciente inmigrante en médicos de Chile. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 35(2), 205. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2018.352.3404>
- Urrutia, C., Molina, X., Obach, A., & Cabieses, B. (2021). Evidencia científica sobre interculturalidad en salud y mediación intercultural en la atención de salud a migrantes internacionales. In *Interculturalidad en salud. Teorías y experiencias para poblaciones migrantes internacionales* (Primera ed, p. 380). Universidad del Desarrollo.

- https://dlwqtxts1xzle7.cloudfront.net/88558660/Interculturalidad_en_salud_teorias_y_experiencias_para_poblaciones_migrantes_internacionales-libre.PDF?1658300029=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DInterculturalidad_en_salud_teorias_y_exp.pdf
- Valencia, D. (2018). *Interculturalidad en relación al uso de la medicina tradicional en la provincia del Cusco* [Tesis de doctorado, Universidad Nacional del Altiplano]. <https://repositorioslatinoamericanos.uchile.cl/handle/2250/3279064>
- Vallejo, C. (1939). *Poemas humanos*. Editora Nuevo Mundo. https://fundacionbbva.pe/wp-content/uploads/2016/04/libro_000025.pdf
- Varesi, G. (2016). *Apuntes para una teoría de la hegemonía en Gramsci* (Primera). Bitácora Ediciones. <https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/libros/pm.4614/pm.4614.pdf>
- Vélez-Arango, A. (2015). El derecho a la salud: una visión a partir del enfoque de capacidades. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 33(1), 93–100. <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v33n1/v33n1a12.pdf>
- Venkatapuram, S. (2011). *Health Justice: An Argument from the Capabilities Approach* (Primera ed). Polity.
- Viaña, J., Tapia, L., & Walsh, K. (2010). Construyendo interculturalidad crítica. In *Instituto Internacional de Integración del Convenio Andres Bello*. Instituto Internacional de Integración del Convenio Andres Bello
- Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C., & Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*, 33(1), 7–11. http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003
- Waiman, J. (2019). *Las formas de la hegemonía. Usos e interpretaciones del concepto gramsciano de los cuadernos de la Cárcel*. Instituto de altos estudios sociales. https://ri.unsam.edu.ar/bitstream/123456789/801/1/TMAG_IDAES_2019_WJI.pdf
- Walsh, K. (2006). Interculturalidad y colonialidad del poder. Un pensamiento y posicionamiento otro desde la diferencia colonial. In S. Castro-Gómez & R. Grosfoguel (Eds.), *El giro decolonial. Reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global* (p. 306). Siglo del Hombre Editores. https://www.academia.edu/2098697/Un_pensamiento_y_posicionamiento_otro_desde_la_diferencia_colonial
- Yon, C. (2017). La interculturalidad realmente existente en salud. *Estado y Diversidad Cultural En El Perú*, 11(3), 36–41. <https://argumentos-historico.iep.org.pe/wp-content/uploads/2018/01/Yon-2018-La-interculturalidad-realmente-existente-en-salud.pdf>
- Yon, C. (2023). Las esterilizaciones forzadas en un contexto de relaciones de desigualdad social e imposición ¿Que ha cambiado? In *Justicia y reparación: las esterilizaciones forzadas 25 años después* (Primera ed, pp. 5–16). Pontificia Universidad Católica del Perú. <https://repositorio.pucp.edu.pe/index/handle/123456789/192820>

ANEXOS

Anexo 1. Matriz de consistencia y categorización

Tabla 17

Matriz de consistencia y categorización

PREGUNTAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Pregunta general ¿Cómo es la interrelación entre el personal de salud y los usuarios del servicio de atención médica primaria en un contexto intercultural en el Centro de Salud del distrito de Paruro, 2023?	Objetivo general Comprender la interrelación entre el personal de salud y los usuarios del servicio de atención médica primaria en un contexto intercultural en el Centro de Salud de Paruro, 2023.	Hipótesis general La interrelación entre el personal de salud y los usuarios, esta caracterizada por barreras comunicativas, producto del uso limitado del idioma quechua por parte del personal de salud, así como relaciones de poder asimétricas. Estas barreras y dinámicas afectan la calidad de atención de los usuarios e impiden la eficacia del enfoque intercultural en la atención médica.	Interculturalidad	• Comprensión de tramas significacionales • Participación efectiva • Conocimiento del idioma originario • Consenso mutuo • Empatía

Preguntas específicas ¿Cómo son las competencias comunicativas interculturales en la interrelación entre el personal de salud y los usuarios del servicio de atención médica primaria en un contexto intercultural en el Centro de Salud del distrito de Paruro, 2023?	Objetivos específicos Describir las competencias comunicativas interculturales en la interrelación entre el personal de salud y los usuarios del servicio de atención médica primaria en un contexto intercultural en el Centro de Salud del distrito de Paruro, 2023.	Hipótesis específicas Las competencias comunicativas interculturales del personal de salud del Centro de Salud del distrito de Paruro son limitadas debido a la falta de dominio del idioma quechua y la insuficiente formación en interculturalidad, lo que genera barreras en la interrelación con los usuarios, afectando la comprensión mutua y la calidad de la atención médica.	Comunicación Intercultural	• Naturaleza de los actores sociales • Patrones de codificación y decodificación • Sensibilidad de las diferencias culturales • Tolerancia para conductas de comunicación ambiguas • Malentendidos
¿Cómo se manifiestan las relaciones de poder en la interrelación entre el personal de salud y los usuarios del servicio de atención médica primaria en un contexto intercultural en el Centro de Salud del distrito de Paruro, 2023?	Caracterizar las relaciones de poder en la interrelación entre el personal de salud y los usuarios del servicio de atención médica primaria en un contexto intercultural en el Centro de Salud del distrito de Paruro, 2023.	a. Las relaciones de poder en la interrelación entre el personal de salud y los usuarios se caracterizan por una hegemonía/subalternidad. La hegemonía se presenta de tal manera que el sistema médico occidental domina al sistema médico tradicional, lo que se manifiesta en la imposición por parte del personal de salud hacia los usuarios, presentándose situaciones de discriminación y exclusión. La situación de subalternidad se presenta de tal manera que los usuarios se ubican en una posición supeditada a la del personal de salud, de esta manera, no poseen espacios de enunciación en los cuales puedan expresar sugerencias, opiniones, y alternativas de cambio.	Subalternidad	• Apreciación de la singularidad cultural • Tolerancia • Flexibilidad para cambiar alternativas • Espacios de enunciación
			Hegemonía	• Prejuicios • Estereotipos • Imposición hegemónica • Discriminación

Anexo 2. Instrumentos de investigación

GUIA DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

OBJETIVO: Favorecer la expresión libre del entrevistado, clarificar conductas y fases críticas de la cotidianidad del personal de salud con referencia a la interrelación con los usuarios.

MÉTODO: Escuchar al sujeto entrevistado, con la finalidad de comprenderlo lo más completamente posible en su contexto propio, es decir en su singularidad e historicidad.

MUESTRA: PERSONAL DE SALUD DEL CENTRO DE SALUD DEL DISTRITO DE PARURO

GUIÓN DE TEMAS

TEMA: INTERCULTURALIDAD

SUBTEMA: COMPRESIÓN DE TRAMAS SIGNIFICACIONALES

1. ¿Entiende usted la concepción que tienen sus pacientes sobre sus enfermedades?, es decir ¿Comprende que sus pacientes tienen una forma diferente de entender sus padecimientos y dolores?
2. ¿Tiene conocimiento de la cultura en el mundo andino? ¿Conoce sus símbolos y el significado que se le otorga a ellos? ¿Cómo supo de ellos?
3. ¿Ha experimentado alguna dificultad para comprender la explicación que sus pacientes le daban a cerca de su enfermedad? ¿Por qué?
4. ¿Ha tenido alguna experiencia en la que los pacientes no lograron entender lo que usted le decía? ¿Cómo se dio cuenta de ello?

SUBTEMA: PARTICIPACIÓN EFECTIVA

1. ¿Usted facilita que sus pacientes sean libres de participar en el tratamiento que le ofrece? ¿Como?
2. ¿Considera que sus pacientes, sienten la libertad de opinar y formar parte activa del proceso de atención médica en el Centro de Salud? ¿Por qué?
3. ¿Cree que el proceso de atención médica primaria del centro de salud, incluye la opinión y las necesidades particulares de los pacientes?
4. ¿Considera que se incluye la cultura de los pacientes para la elaboración de los protocolos de atención médica?

SUBTEMA: CONOCIMIENTO DEL IDIOMA

1. ¿Cuál es su idioma materno?
2. ¿Prefiere expresarse en quechua o castellano? ¿Por qué?
3. Al momento de atender a sus pacientes ¿Preferiría expresarse en quechua o en castellano? ¿Por qué?
4. En el caso de que no conozca lo suficiente el idioma quechua ¿Alguna vez ha tenido que buscar a alguien que traduzca lo que sus pacientes le decían?, es decir alguien ha tenido que mediar entre usted y sus pacientes durante una consulta
5. ¿Exige a sus pacientes que traten de hablar en castellano durante la consulta?

SUBTEMA: CONSENSO MUTUO

1. ¿Ha sentido que sus pacientes no están de acuerdo con lo que usted le recetó?
2. ¿Considera que se deben incorporar los remedios tradicionales como forma de tratamiento en el Centro de Salud?
3. ¿Siente que sus pacientes no colaboran al momento del diagnóstico?
4. ¿Considera que sus pacientes contribuyen a tratar sus enfermedades con lo que usted le recomienda y receta? ¿Por qué?

SUBTEMA: EMPATÍA

1. ¿Usted trata de entender la condición de enfermedad de sus pacientes? ¿Cómo lo expresa?
2. ¿Siente que sus pacientes se sienten cómodos si los atienden en español? ¿Cree que es complicado modificar ello?
3. ¿Conoce la situación multidimensional de sus pacientes, es decir lo cultural, lo económico, lo educativo entre otros?

TEMA: COMUNICACIÓN INTERCULTURAL

SUBTEMA: NATURALEZA DE LOS ACTORES SOCIALES

1. ¿Dónde nació? ¿En qué distrito? ¿En qué comunidad?
2. ¿En qué universidad ha estudiado? ¿Tiene algún posgrado?
3. ¿En que trabajan sus padres? ¿Qué profesión u oficio tienen?
4. ¿Desde hace cuánto tiempo labora en el Centro de Salud?
5. ¿Su familia radica en este distrito? ¿Su pareja e hijos?

SUBTEMA: USUARIOS ALFABETIZADOS

1. ¿Considera usted que muchos de sus pacientes, no saben leer ni escribir? Si ese es el caso, ¿Cómo ofrece sus recetas?
2. ¿Como se asegura de que sus pacientes han entendido lo que usted le ha explicado?
3. ¿Ha tenido alguna dificultad en explicar a sus pacientes términos médicos complejos relacionados a su enfermedad?
4. ¿Considera que sus indicaciones son claras y entendibles para sus pacientes? ¿Por qué?

SUBTEMA: SENSIBILIDAD FRENTE A LAS DIFERENCIAS CULTURALES

1. ¿Conoce usted como se curan o se curaban las enfermedades en los andes? Es decir, esa forma tradicional
2. ¿Tiene conocimiento acerca de cómo es el proceso de enfermedad en el mundo andino?
3. ¿Cree que la cultura de sus pacientes es valiosa? ¿La considera un obstáculo al momento de ofrecer tratamiento? ¿Por qué?
4. ¿Cómo cree que se diferencian la medicina tradicional y la de los médicos del centro de salud?

SUBTEMA: TOLERANCIA PARA CONDUCTAS DE COMUNICACIÓN AMBIGUA

1. ¿Qué hace cuando no puede comprender lo que dicen o explican sus pacientes?
2. ¿Considera que para la atención médica la comunicación debe realizarse de forma formal?

3. ¿Le da libertad a sus pacientes para que se expresen como ellos consideren o como siempre lo hacen en su vida cotidiana?
4. ¿Exige a sus pacientes claridad al momento de explicar su padecimiento?
5. ¿Alguna vez ha sentido que lo que sus pacientes le explicaban no tenía sentido?

SUBTEMA: MALENTENDIDOS

1. ¿Ha presenciado alguna vez algún tipo de malentendidos con los pacientes y algún miembro del personal de salud? ¿Cómo fue esa experiencia?
2. ¿Alguna vez entendió mal lo que su paciente le dijo? ¿Trata de ser comprensivo en esos casos? ¿Cómo lo expresa?
3. ¿Cree que los malentendidos, causado por el factor de las diferencias culturales, son frecuentes en el Centro de Salud?

TEMA: HEGEMONIA

SUBTEMA: PREJUICIOS Y ESTEROTIPOS

1. ¿Cree que la cultura de los pacientes puede influir en cómo el proceso de atención médica primaria?
2. ¿Piensa que sus pacientes que trabajan en el campo, deben tener un trato particular?
3. ¿Qué piensa de los pacientes que trabajan en el campo? ¿Se enferman más o quizá los considera “más fuertes”?

SUBTEMA: IMPOSICIÓN

1. ¿Considera que sus pacientes encontrarán un mejor tratamiento en el Centro de Salud?
2. ¿Considera que la medicina que se ofrece en el Centro de Salud, tiene una mayor validez que la medicina tradicional que usan sus pacientes?
3. En general sus pacientes acuden al centro de Salud cuando tienen emergencias médicas, ¿Considera que deben asistir para cualquier enfermedad o problema de salud?

TEMA: EXCLUSIÓN

SUBTEMA: DESPERSONALIZACIÓN

1. ¿Cómo cree que es el trato por parte del personal hacia los pacientes? ¿Porque?
2. ¿Considera importante conocer al paciente para realizar la consulta? Es decir, saber esas características que no tienen mucho que ver con la consulta, como el lugar de donde viene, sobre sus hijos o pareja.
3. ¿Utiliza el nombre de sus pacientes? ¿Los llama por el apellido? ¿Cómo denomina comúnmente a sus pacientes?
4. ¿Se asegura que su paciente se sienta cómodo durante la consulta?

SUBTEMA: DESCALIFICACIÓN

1. ¿Qué piensa de las formas tradicionales para curar enfermedades? ¿Cree que son igual de validas que la biomedicina?
2. ¿Qué les recomendaría a sus pacientes que se tratan con medicina tradicional?
3. ¿Incluye usted remedios naturales para tratar enfermedades?
4. ¿Cree que son eficaces las recetas tradicionales que usan sus pacientes para tratar algunas enfermedades?

5. ¿Piensa que, si una enfermedad se trata fuera del Centro de Salud, es más propensa a volverse crónica?
6. ¿Recomendaría tratarse a sus pacientes únicamente en el Centro de Salud?

SUBTEMA: INDIFERENCIA

1. ¿Considera que el Centro de Salud se preocupa en verdad por una atención de calidad y específica para sus pacientes? ¿Por qué?
2. ¿Cree que, en el Centro de Salud, son sensibles a las diferencias e intereses de sus pacientes?
3. ¿Se siente usted responsable de sus pacientes? ¿Considera que cada paciente es importante por igual? ¿Por qué?

TEMA: SUBALTERNIDAD

SUBTEMA: APRECIACIÓN DE LA SINGULARIDAD CULTURAL

1. Sus pacientes han tenido siempre una forma culturalmente definida de cómo tratar las enfermedades ¿Considera que esas formas son igual de validas que las que ofrece la biomedicina?
2. ¿De alguna manera piensa usted que sus pacientes deben seguir sus recomendaciones dejando de lado la medicina tradicional?

SUBTEMA: TOLERANCIA

1. ¿Considera que el personal de Salud es tolerante con los pacientes?
2. ¿Cree que algunas veces usted ha perdido la tolerancia con sus pacientes? O ¿Ha sentido que ya no podía aguantar alguna actitud de algunos pacientes?

SUBTEMA: ESPACIOS DE ENUNCIACIÓN

1. ¿Otorga usted la capacidad de opinar libremente a sus pacientes a cerca de cualquier tema relacionado a su salud? ¿Cómo lo hace? ¿Cuáles son los medios?
2. ¿Cree que sus pacientes se sienten limitados al opinar? O por el contrario ¿Considera que siempre tienen la apertura para hablar y expresarse?
3. ¿Implementa alguna estrategia de comunicación para que sus pacientes comunicar lo que sientes acerca del proceso de atención médica?

SUBTEMA: FLEXIBILIDAD PARA CAMBIAR ALTERNATIVAS

1. ¿Considera que acceder a una cita en el Centro de Salud es algo sencillo para sus pacientes?
2. ¿Alguna vez ha recibido una recomendación para mejorar su práctica médica por parte de sus pacientes?
3. ¿Usted está dispuesto a cambiar de alguna manera la forma en la que trata a sus pacientes, si es que ellos se lo solicitan?
4. ¿Cree que sus pacientes tienen la capacidad y el derecho de proponer cambios en la manera en cómo se realiza la atención médica? O ¿Cree que es algo estrictamente médico?

SUBTEMA: ADHESIÓN

1. ¿Considera que sus pacientes deben abandonar la forma en la que tratan tradicionalmente sus enfermedades para seguir solamente las recomendaciones de la biomedicina?
2. ¿Cree que sus pacientes deben atenderse solamente en un Centro de Salud? ¿Por qué?
3. ¿Considera que hay otras alternativas de atención para la salud muy a parte de la medicina convencional?

SUBTEMA: HOMOGENIZACIÓN

1. ¿Cree que sus pacientes deberían acceder solamente al Centro de Salud para tratar sus enfermedades?
2. ¿Cree que los médicos y enfermeras son los únicos capacitados para curar enfermedades? ¿Qué otras alternativas consideran?

GUÍA DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

OBJETIVO: Favorecer la expresión libre del entrevistado, clarificar conductas y fases críticas de la vida de las personas.

MÉTODO: Escuchar al sujeto entrevistado, con la finalidad de comprenderlo lo más completamente posible en su contexto propio, es decir en su singularidad e historicidad.

MUESTRA: USUARIOS DEL SERVICIO DE ATENCIÓN MÉDICA PRIMARIA

GUIÓN DE TOPICOS

TEMA: INTERCULTURALIDAD

SUBTEMA: COMPRESIÓN DE TRAMAS SIGNIFICACIONALES

1. ¿Los médicos entendieron el mal que tenía?
2. ¿Qué enfermedad tenía? Que le dijo el médico sobre su caso. ¿Podría decirme que le dijo el médico sobre su caso?
3. ¿Considera que el médico que lo atendió pudo entender lo que usted le dijo acerca de su enfermedad?
4. Cuando fue a atenderse al Centro de Salud, ¿Alguna vez ha sentido que el personal que trabaja ahí no entendía lo que usted trataba de explicarle?

SUBTEMA: PARTICIPACIÓN EFECTIVA

1. ¿Cree que la atención en el centro de Salud es de calidad, es adecuada? ¿Siente que en verdad usted puede confiar en la atención en el Centro de Salud? ¿Se siente cómodo cuando va a ese lugar?
2. ¿El médico que la atendió, estaba atento a lo que usted le decía?
3. ¿Sientes que puedes dar tus opiniones y puntos de vista con los doctores?
4. ¿Alguna vez has sido callado por el doctor durante su atención médica?
5. ¿Te sientes escuchado alguna queja del Centro de Salud? Es decir, lo que usted opina o cuando se siente incómodo, o cuando hay algún problema o demora.
6. ¿Usted considera que la única opinión que vale es la del médico o la de las enfermeras?
7. ¿Cuándo reservó una cita para una consulta?, ¿Cómo fue el trato que recibió? ¿Se sintió bien con ese trato?

SUBTEMA: CONOCIMIENTO DEL IDIOMA

1. ¿Cuál es su idioma materno?
2. ¿Prefiere hablar en quechua o en castellano?
3. Cuando va al Centro de Salud ¿Prefiere expresarse en quechua o en Castellano? ¿Por qué?
4. ¿Siente que el castellano le ayuda a explicar sus males o prefiere hacerlo en quechua?
5. ¿Se ha sentido obligado a hablar en Castellano?
6. Cuando fue al Centro de Salud ¿Alguna vez le han exigido que hable en Castellano? ¿Cómo fue esa experiencia?
7. El médico y las enfermeras que la atendieron ¿Sabían hablar quechua? ¿Cómo se siente cuando el personal de salud le habla en quechua? ¿Es mejor? ¿Es más cómoda la atención? ¿Siente más confianza?

8. ¿Alguna vez ha tenido dificultades para expresar lo que tenía, su enfermedad, en castellano?

SUBTEMA: CONSENSO MUTUO

1. ¿Alguna vez el médico que la atendió le habló solamente en Castellano y usted no entendió lo que le dijo? ¿Qué hizo usted en ese momento? ¿Cómo se sintió?
2. ¿Se siente satisfecho con los medicamentos que el médico le dio? ¿Siente que le va a sanar de su enfermedad?
3. ¿Tiene algún temor de los medicamentos que le recetó el médico? ¿Por qué?
4. ¿Qué le dijo el médico a cerca de su enfermedad? ¿Está de acuerdo con lo que le dijo?
5. ¿Desearía que el médico incluya en el tratamiento que le dio, medicina tradicional? ¿Por qué?

SUBTEMA: EMPATÍA

1. ¿Cómo describes al doctor o a las enfermeras?
2. ¿Cómo fue el trato que recibió en el Centro de Salud?
3. ¿Qué opina de la labor de los médicos y de las enfermeras? ¿Cree muy importante la opinión de los doctores y enfermeras?

TEMA: COMUNICACIÓN INTERCULTURAL

SUBTEMA: NATURALEZA DE LOS ACTORES SOCIALES

1. ¿Ha nacido usted en Paruro? ¿En qué distrito? ¿En qué comunidad?
2. ¿Dónde vive?
3. ¿Tiene secundaria completa? Debemos saber si tiene otro tipo de estudios
4. ¿Desde hace cuánto tiempo vive en la Comunidad X?
5. ¿Sus padres eran o son de la misma Comunidad?
6. ¿Sus hijos radican en este distrito? ¿Su pareja?
7. ¿Sabe leer? ¿Sabe escribir?

SUBTEMA: PATRONES DE CODIFICACIÓN Y DECODIFICACIÓN

1. Cuando le recetaron un medicamento ¿Entendió la receta que le dio el doctor? ¿Qué le receto el doctor?
2. ¿Entendió el tratamiento que le dio el doctor?
3. Y como hablaba el doctor, hablaba con muchas palabras complejas o hablaba de forma sencilla
4. ¿Le explicaron a que se referían esas palabras?
5. ¿Estaban claras las indicaciones y recomendaciones del médico?
6. ¿Le dieron alguna receta? ¿Entendía lo que decía ahí?
7. ¿Qué hiciste después de que el doctor le dio la receta?
8. ¿Puedes acceder/comprar los medicamentos que le dio el doctor?

SUBTEMA: SENSIBILIDAD DE LAS DIFERENCIAS CULTURALES

1. ¿Cómo se curaba las enfermedades cuando era niño? ¿Asistía a centros de salud?
2. ¿Conoce la medicina tradicional? ¿Cree que funciona? ¿La prefiere antes que los medicamentos que le ofrecen en el Centro de Salud?
3. ¿Pensó que tenía una enfermedad diferente hasta que fue al médico?

4. ¿Alguna vez ha sido tratado por un curandero?
5. ¿Cree que lo que dicen los médicos y como tratan su enfermedad es mejor que lo que la medicina tradicional?
6. ¿Cómo cree que se diferencian la medicina tradicional y la de los médicos del centro de salud?
7. ¿Qué diferencias hay entre un curandero y un médico?

SUBTEMA: TOLERANCIA PARA CONDUCTAS DE COMUNICACIÓN AMBIGUA

1. ¿Has notado que el médico hizo gestos o muecas cuando le explicabas tus males?
2. ¿Se sintió discriminado de alguna manera al momento de hablar con el personal de salud?
3. ¿Crees que la atención es igual a las personas de campo y a las personas del distrito o a las que solo hablan quechua
4. ¿Qué piensas cuando el médico te habla en términos difíciles?
5. ¿Cree que el medico es comprensivo al momento de la consulta?

SUBTEMA: MALENTENDIDOS

1. ¿Ha tenido alguna vez malentendidos con los médicos y las enfermeras del centro de salud? ¿Cómo fue que paso?
2. ¿Ha sentido alguna vez que los médicos y las enfermeras entendieron mal lo que usted les dijo? ¿Qué hizo al respecto?
3. ¿Alguna vez has discutido con el doctor o la enfermera?

TEMA: HEGEMONÍA

SUBTEMA: PREJUICIOS Y ESTEROTIPOS

1. ¿Cómo es la actitud del doctor? ¿Cree que se deba a que estudiaron en la Universidad?
2. ¿Considera que el personal de salud es más inteligente que otras personas? ¿Por qué?
3. ¿Cree que los médicos son personas de renombre? ¿Cree que los médicos son parecidos a autoridades?
4. ¿Cree que la labor del médico es la más importante frente a otras, como la suya por ejemplo? ¿Por qué?
5. ¿Cree que los médicos curan mejor de lo que salían curar sus padres o sus abuelos con medicina tradicional?

SUBTEMA: IMPOSICIÓN

1. ¿Alguna vez el doctor te dio una medicina y te dijo que solo podías curarte con eso y nada más ¿Cómo fue esa situación?
2. ¿Te has sentido obligado a hacer algo que no querías pero que el médico decía que era necesario?
3. ¿Alguna vez el doctor te ha prohibido que tomes plantas medicinales?
4. ¿Alguna vez el médico le dio opciones para escoger como podía curar su enfermedad?
5. ¿Se ha sentido obligado a asistir al Centro de Salud para curarse de alguna enfermedad?
6. ¿No le gusta ir al centro de salud? ¿Por qué?

7. ¿Cómo te sentirías más cómodo, que seas atendido en tu casa o en la posta? Y ¿Qué piensas cuando los médicos dicen que si o si tienen que ir a la posta?
8. ¿Considera al médico y las enfermeras como algún tipo de autoridad?

SUBTEMA: DISCRIMINACIÓN

1. ¿Alguna vez no lo quisieron atender porque no entendía lo que decía el médico y las enfermeras? ¿Cómo fue esa situación?
2. ¿Ha sentido que el personal de salud no ha querido atenderlo por algún otro motivo? ¿Cómo se sintió en ese momento?
3. ¿Alguna vez ha recibido insultos por parte del personal de salud? Si es así ¿Cómo fueron? ¿En qué situación fue?
4. ¿Alguna vez ha sentido que se burlaban de usted? ¿Por qué cree? ¿Por hablar en quechua? ¿Por vestir diferente?
5. ¿Alguna vez te han retirado del Centro de Salud? ¿Por qué?

SUBTEMA: DESPERSONALIZACIÓN

1. ¿Cómo es el trato en el Centro de Salud?
2. ¿Alguna vez el médico o las enfermeras te han mirado por sobre el hombro? ¿Te has sentido menospreciado?
3. ¿El médico es atento con usted? ¿Le pregunta si se siente bien? ¿o cómodo?
4. ¿Cuánto tiempo duró su consulta? ¿Cree que fue suficiente?

SUBTEMA: DESCALIFICACIÓN

1. ¿Alguna vez le ha contado al médico como se cura naturalmente? ¿Qué le respondió el médico?
2. ¿Le ha dicho al médico como se curaban sus padres y sus abuelos con medicina tradicional? ¿Qué le dijo el médico?
3. ¿Cree que a los médicos y las enfermeras les importa la medicina tradicional?
4. ¿Cree que el personal de salud valora como usted se cura con medicina tradicional?

SUBTEMA: INDIFERENCIA

1. ¿Siente que los médicos y las enfermeras del Centro de salud se preocupan por usted? ¿Cree que lo hacen porque están obligados a hacerlo?
2. ¿Alguna vez ha sentido que los médicos y las enfermeras no le dan importancia a su salud? ¿Por qué?
3. ¿Cree que el personal de salud está cansado o no tiene ganas de atender a los pacientes? ¿Por qué cree que sucede esto?

SUBTEMA: RECHAZO

1. ¿Ha sentido alguna vez que el personal de salud lo rechazaba por algún motivo? ¿Cuál cree que fue ese motivo?
2. ¿Alguna vez ha rechazado usted la atención médica en el Centro de Salud? ¿Por qué?
3. ¿Cree que los médicos rechazan las formas tradicionales con las que usted trata las enfermedades?

TEMA SUBALTERNIDAD

SUBTEMA: APRECIACIÓN DE LA SINGULARIDAD CULTURAL

1. ¿Cree que los conocimientos que tiene sobre curar enfermedades con medicina tradicional son importantes? ¿Por qué?
2. ¿Cree usted que la medicina del Centro de Salud es la única forma de curar enfermedades?
3. ¿Considera importante curarse como lo hacían sus padres y abuelos?
4. ¿Cuál considera más importante la forma en la que se curaban sus padres o la medicina del Centro de Salud?

SUBTEMA: TOLERANCIA

1. ¿Ha tolerado prácticas abusivas en el centro de Salud? ¿Cómo fue esa experiencia?
2. ¿Siente que en el Centro de Salud son comprensivos con usted? ¿Por qué?

SUBTEMA: ESPACIOS DE ENUNCIACIÓN

1. ¿Considera que usted puede dar sus opiniones con libertad cuando no está de acuerdo con algo en el Centro de Salud?
2. ¿Cree que lo que usted le dice al personal de salud es considerado por ellos? Es decir ¿Lo toman en cuenta? ¿Por qué?
3. ¿Considera que es sencillo hacer saber lo que piensa de la forma en como lo atienden en Centro de Salud?
4. ¿Sabe dónde se puede presentar un reclamo o sugerencia?
5. ¿Ha presentado alguna vez algún reclamo o sugerencia?

SUBTEMA: FLEXIBILIDAD PARA CAMBIAR ALTERNATIVAS

1. ¿Ha propuesto alguna vez una forma de mejorar la atención en el Centro de Salud?
2. ¿Cómo considera que es la calidad de atención en el Centro de Salud?
3. ¿Cree que la situación en el Centro de Salud debe seguir igual?
4. ¿Qué le recomendaría a los médicos y enfermeras para mejorar su atención con la población?
5. ¿Qué cree que debería cambiar en el Centro de Salud? ¿La calidad de la atención? ¿Atención en idioma quechua?
6. ¿Cree que los médicos deben incluir en su tratamiento la medicina tradicional?

TEMA: PARTICIPACIÓN

SUBTEMA: ADAPTACION DE PROCESOS DE ATENCIÓN MÉDICA

1. ¿Cree que es necesario que usted como paciente esté al tanto de lo que sucede en el Centro de Salud?, es decir de las campañas que se realizan, o si agregaron alguna especialidad médica
2. ¿Cree que los médicos deberían escuchar lo que piensan sus pacientes para mejorar su atención?
3. ¿Cree que debe ser más sencillo atenderse en el Centro de Salud?

SUBTEMA: ADHESIÓN

1. ¿Ha sentido alguna vez que se está empezando a acostumbrar a la medicina que le dan en el Centro de Salud dejando de lado la medicina tradicional?

2. ¿Cree que no tiene otras opciones además de la medicina que le dan en el Centro de Salud?

SUBCATEGORÍA: HOMOGENIZACIÓN

1. ¿Cree que la medicina del Centro de Salud es la única que debería haber en todo el Distrito?
2. ¿La gente debería ser curada solamente con la medicina del Centro de Salud?
3. ¿Cree que los médicos y las enfermeras son los únicos capacitados para curar enfermedades?
4. ¿Todos deberían ir antes al Centro de Salud que tratarse en sus casas con medicina natural?

GUIA DE OBSERVACIÓN

LUGAR: CENTRO DE SALUD DEL DISTRITO DE PARURO

HORA DE INICIO:

HORA DE TERMINACIÓN:

OBSERVADOR:

ESCENARIO:

La observación estará estructurada en base a tres líneas generales: escenario, actores sociales, conductas

OBSERVACIÓN 1.

OBJETIVO: DESCRIPCIÓN DEL CONTEXTO: Caracterizar los espacios y sus elementos, así como los lugares por donde transitan los pacientes para lograr la atención médica.

EXTERIORES DEL CENTRO DE SALUD

- Características de la fachada del Centro de Salud
- Formas de acceso
- Facilidad en el acceso
- Limpieza del lugar
- Tipo de Sector en donde se ubica: Sector Urbano o Rural
- Fronteras del Centro de Salud

INTERIORES DEL CENTRO DE SALUD

- Cantidad de áreas para la atención a pacientes
- Ubicación del área administrativa
- Numero de consultorios
- Tópico
- Traje
- Sector de Urgencias y Emergencias
- Presencia de Farmacia y Laboratorio
- Módulos
- Salas de espera
- Servicios Higiénicos
- Espacios de traducción e interpretación
- Numero de plantas
- Espacio para hospitalizaciones

OBSERVACIÓN 2

FECHA:

HORA:

OBJETIVO: DESCRIPCIÓN DE LOS ACTORES SOCIALES Y LOS ESPACIOS

PROPIOS Y DE INTERACCIÓN: Describir la vestimenta y todo tipo de elementos anexos

que puedan utilizar los actores sociales, para este caso contrastar las diferencias entre el personal de salud y los usuarios.

- Vestimenta de los usuarios: Ocasional/Formal, adornos, elementos simbólicos
- Uniformes del personal de salud, instrumentos
- Áreas de esparcimiento
- Áreas de atención al paciente
- Áreas dedicadas exclusivamente al personal de salud
- Tomar en consideración el tiempo que los usuarios están en consulta
- Carteles o afiches: Escritos en que idioma, fáciles de leer
- Indicaciones y recomendaciones escritas, en que idioma, fáciles de leer

PROCESO DE ATENCIÓN MÉDICA

- Área o sección a donde el paciente se dirige primero
- Protocolo a partir del ingreso
- Lugar de espera
- Salida del paciente del consultorio

OBERVACIÓN 3

OBJETIVO: DESCRIPCION DE LAS INTERACCIONES ENTRE ACTORES SOCIALES:

Describir las conductas apreciables cuando interaccionan los actores sociales.

- Características de las interrelaciones entre usuarios
- Edades aproximadas
- Nivel socioeconómico aparente
- Características de los primeros contactos con el personal de salud
- Características de la interrelación en triaje
- Describir la conducta de las enfermeras al atender a un usuario
- Describir la conducta de los pacientes al ingresar al Centro de Salud
- Describir la conducta de los pacientes al salir del Centro de Salud
- Describir la conducta de los médicos al llegar al Centro de Salud
- Identificar problemáticas al momento de las interacciones
- Identificar en que idioma hablan entre ellos
- Presencia de conflictos y malentendidos
- Mecanismos de manejo de conflictos

Anexo 3. Registro fotográfico



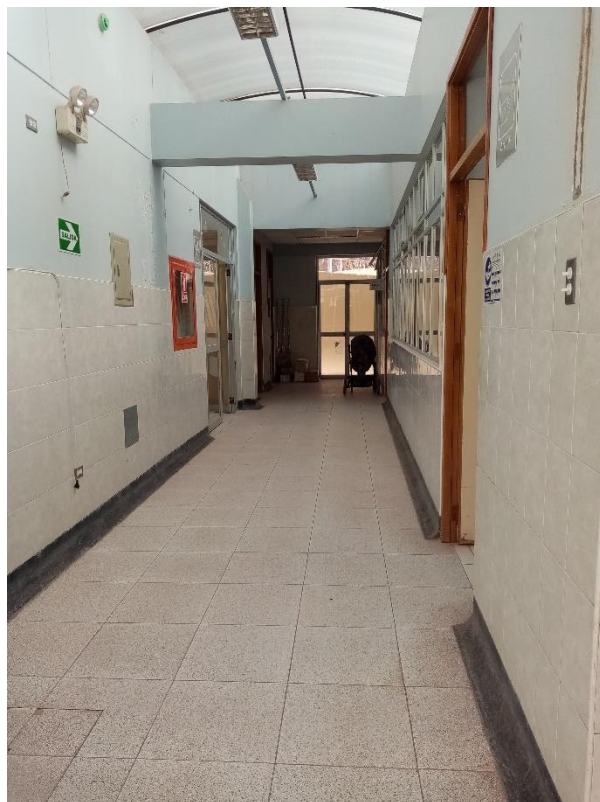
Fotografía 1. Mural informativo escrito completamente en español. Fotografía tomada por el investigador



Fotografía 2. Área de farmacia e información. Fotografía tomada por el investigador.



Fotografía 3. Altar del Señor de los Milagros y el Señor de Qoyllur Rit'i en el Centro de Salud. Fotografía tomada por el investigador



Fotografía 4. Pasillo hacía el área de hospitalización. Fotografía tomada por el investigador.



Fotografía 5. Sala de espera para triaje. Fotografía tomada por el investigador.



Fotografía 6. Área de maternidad. Fotografía tomada por el investigador.



Fotografía 7. Centro de Salud sin afluencia de usuarios durante la tarde. Fotografía tomada por el investigador



Fotografía 8. Horario del Centro de Salud en el ingreso del establecimiento. Fotografía tomada por el investigador