

**“La discriminación en el Perú y el caso de la Salud:
resultados de un estudio cualitativo sobre la atención a pacientes
en una microrred del Valle del Mantaro”**

Néstor Valdivia Vargas *

Ponencia presentada en el
Taller de investigación: Discriminación y Políticas Públicas en el Perú
CIUP – Lima, Jueves, 24 de junio de 2010 **
(Versión modificada septiembre 2010)

* El autor es sociólogo y se desempeña actualmente como Investigador Asociado del Grupo de Análisis para el Desarrollo – GRADE.

** El texto de la ponencia se basa en los resultados de la investigación que el autor llevó a cabo junto con Esperanza Reyes -Profesora Principal y Jefa del Departamento de Salud y Ciencias Sociales de la Facultad de Salud Pública y Administración de la Universidad Peruana Cayetano Heredia-, en el marco de un convenio entre GRADE y la UPCH.

ÍNDICE

	Página
1. Presentación	2
2. Aspectos conceptuales	4
3. Notas metodológicas	14
4. Hallazgos del estudio	16
5. Discusión de los hallazgos	23
6. Conclusiones y recomendaciones de políticas	28
7. Referencias bibliográficas	36

1. Presentación

El presente trabajo se basa en los resultados de un estudio desarrollado a inicios del año 2009 en el marco del proyecto denominado “Raising awareness on the connection between race/ethnicity, discrimination, poverty and health inequalities in Peru”, llevado a cabo por GRADE y la UPCH con el financiamiento de IDRC. La investigación tuvo como propósito identificar los mecanismos de discriminación en los servicios de salud y el rol que juegan los prejuicios y estereotipos étnico-raciales de los profesionales de salud hacia la población de origen indígena. Específicamente, se buscaba analizar la importancia que tiene la “raza” como una dimensión generadora de posibles prácticas discriminatorias; pero, al mismo tiempo, dar cuenta de los posibles “desencuentros culturales” entre pacientes y profesionales de salud que pudieran estar influyendo en la atención prestada en los servicios de salud del Estado –por lo que también se incluyó un componente referido a la experiencia de los profesionales que realizaban el Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud - SERUM en la región estudiada-.

El estudio estuvo a cargo de Esperanza Reyes y Néstor Valdivia, quienes elaboraron el diseño de la investigación y condujeron el desarrollo de la misma en todas sus etapas¹. El análisis del material recogido estuvo a cargo de ambos profesionales, así como la redacción del respectivo informe final². El presente trabajo se basa en ese informe, pero

¹ El equipo de investigación estuvo también conformado por tres asistentes: Yudy Salazar, Katherine Ludeña y Paola Torres.

² Esperanza Reyes y Néstor Valdivia. “Avanzando en la comprensión de las inequidades étnico/raciales en salud: ¿Existen prácticas de discriminación hacia la población indígena en los servicios del Estado?”, Informe final, mimeo, Lima, Febrero 2010.

presenta sólo una parte de todos los temas abordados en el mismo: la que concierne directamente al trato en los servicios de salud y sobre todo en la atención de las consultas. Para llevar a cabo el estudio, se visitaron tres establecimientos –un Puesto de Salud, un Centro de Salud y un hospital- pertenecientes a una microrred de salud ubicada en el valle del Mantaro, en la sierra central del Perú. Debe notarse que la microrred comprende establecimientos ubicados dos de ellos en una zona urbana y uno en una zona periurbana –no en zonas eminentemente rurales-, aunque todas ellas con una fuerte presencia de población de origen campesino –no sólo huanca, sino también migrantes de las regiones de Ayacucho y Huancavelica-.

El presente documento da cuenta de los resultados de la investigación, poniendo énfasis en el trato y las posibles prácticas discriminatorias que pudieran existir en la atención a los pacientes en esos servicios. Cabe señalar que las afirmaciones y conclusiones expuestas a continuación son de exclusiva responsabilidad del autor y no comprometen las opiniones del resto del equipo.

El documento se encuentra organizado en las siguientes secciones. Luego de este acápite de presentación, se incluye una sección donde se exponen algunos conceptos clave que orientaron el estudio. Seguidamente, en el tercer acápite, se presenta en forma breve la metodología usada en el mismo. En el cuarto acápite, se exponen los principales hallazgos de la investigación en lo concerniente al trato en los servicios de salud. Una discusión sobre esos hallazgos se hace en el acápite quinto; mientras que en el sexto se exponen las conclusiones que se derivan del análisis precedente, y se sugieren algunas

recomendaciones de políticas para enfrentar los problemas de discriminación detectados.

En el último acápite se colocan las referencias bibliográficas.

2. Aspectos conceptuales

Exclusión social y desigualdades en salud

Las desigualdades en el ámbito de la salud son una característica de la región latinoamericana y, en particular, del Perú. En general, los pueblos indígenas exhiben perfiles epidemiológicos muy desfavorables en comparación a los grupos no indígenas (Ribotta 2009). En términos de las condiciones de salubridad, morbilidad, desnutrición y acceso a los servicios de salud, los indicadores revelan que la población indígena se encuentra en una situación de desventaja. Un reciente estudio sobre la situación de la niñez indígena revela las disparidades existentes en algunos indicadores relacionados al bienestar y la salud en ese segmento específico de la población. Datos para el año 2007 indican que mientras un 66 % de los niños no indígenas de 3 a 5 años tiene acceso a fuentes mejoradas de agua, el porcentaje para el caso de los niños indígenas en ese rango de edad es de sólo 28 % (Benavides et al. 2010: 19). En las 6 regiones donde más del 25 % de los niños son indígenas, la tasa de desnutrición crónica de niños menores de 5 años fluctúa entre 20 % y 43 % -porcentajes que están por encima del promedio nacional- (Op. Cit., pág. 50).

A pesar de los avances logrados en algunos indicadores como la mortalidad materna (Valdivia y Benavides 2004), la persistencia de esas diferencias justifica la preocupación por conocer las causas de lo que se ha dado en llamar la “brecha étnica” en salud.

Algunos autores han señalado que uno de los factores que pudieran estar contribuyendo a la existencia de esta brecha es la discriminación hacia los grupos étnicos o raciales subordinados. Se ha señalado que esas desigualdades en el bienestar y la salud tienen un componente que responde a las prácticas discriminatorias derivadas de problemas en la comunicación clínica o de prejuicios y estereotipos hacia determinados grupos étnico-raciales (Smedley et al. 2003).

Son diversos los avances de las investigaciones que se han hecho en otros países para establecer la relación entre “raza”, discriminación, acceso a los servicios, calidad de la atención y salud, en general (Krieger et al. 1993, Krieger 2001, Blanchard 2006). No obstante, si bien en los últimos años en el Perú se han realizado algunos estudios e investigaciones que dan cuenta de las características de la denominada “brecha étnica” (Torero et al. 2004, Benavides y Valdivia 2004, Figueroa et al 1996, Valdivia 2003), no existen mayores avances en el conocimiento sobre los alcances y la naturaleza de la discriminación hacia la población indígena en los servicios de salud. Entre los escasos estudios realizados, se podría mencionar una investigación de Jeanine Anderson (2001) donde se analiza la calidad de atención en establecimientos de salud ubicados en zonas rurales de tres departamentos del Perú; dando cuenta de las barreras culturales entre pacientes y profesionales existentes en torno a la concepciones de salud y el manejo de diferentes modelos explicativos de enfermedades. Asimismo, un reporte elaborado por Margarita Huayhua (2006), también en zonas rurales, señala la ocurrencia de maltrato en la atención brindada por los servidores de establecimientos de salud,; trato que revelaba la existencia de prejuicios sobre el poblador quechua-hablante concebido como “*un ser*

salvaje e inculto que no tiene sentimientos ni capacidad de pensar ni decidir” y al que se le otorga una serie de atributos negativos como el ser sucios, ignorantes, mentirosos, incapaces de sentir, salvajes e incultos (Huayhua 2006: 14 - 34). Por último, cabe mencionar un documento que da cuenta de un proyecto de intervención en salud materno infantil en la selva de Junín, donde se realizó un trabajo con comunidades ashaninkas y nomatsiguengas bajo un enfoque intercultural (Salud sin Límites 2008). Parte del diagnóstico realizado pone en evidencia problemas de maltrato hacia la población indígena por parte del personal de los establecimientos de salud en esa zona del país.

Definición de discriminación

La discriminación puede ser definida como un fenómeno social que alude al trato diferenciado hacia determinadas personas o grupos sociales por motivos étnicos, raciales, religiosos, de género, de edad, de origen social u otro; trato que supone el menoscabo de sus derechos y sus posibilidades de desarrollo y que por lo general se basa en prejuicios y una subvaloración de su condición y sus capacidades. El trato discriminador puede manifestarse de diversas maneras, entre las cuales el maltrato abierto es sólo una. En ese sentido, puede ponerse en evidencia mediante gestos de hostilidad o canalizarse a través de conductas aparentemente “neutras” que suponen –sin embargo- la preferencia hacia de una persona o grupo, y -por ende- la marginación y la postergación de otras personas o grupos.

En la formulación presentada aparece una característica que –a nuestro entender– constituye un elemento central del concepto de “discriminación”: el trato desigual. Como bien se ha señalado: *“Todo acto discriminatorio tiene como punto de partida la existencia de un trato diferenciado o desigual hacia una persona o grupo de personas. En efecto, la discriminación parte de una distinción, exclusión o restricción de los derechos de determinados individuos”* (Defensoría del Pueblo 2007: 30).

Discriminar, en ese sentido, es tratar bien a unos y mal a otros, a través de acciones que tienen consecuencias sobre las oportunidades de acceso a determinados bienes o servicios, o sobre la calidad de los mismos. La acción de maltratar, por sí sola, aunque probablemente tenga implicancias socialmente relevantes –y resulte éticamente reprochable– desde un punto de vista conceptual no constituye una forma de “discriminación” en sí misma. Hace falta un elemento que por lo general sólo se hace evidente comparando el trato recibido por personas de distintos rasgos o características; en términos metodológicos resulta clave establecer la existencia de un trato desigual (vale decir, que el maltrato se hace a un grupo y no a otro). Ello implica la existencia de un punto de origen directamente vinculado a las características específicas de esas personas –en contraste con las características de otras–.

Tipos de discriminación

Más allá de esta definición general, no existe pleno consenso en las Ciencias Sociales acerca de la naturaleza del fenómeno de la discriminación. Aplicados los conceptos a hechos empíricos, muchas veces no aparece con claridad qué situaciones quedan

comprendidas bajo una definición como ésta. El concepto acaba, de ese modo, siendo utilizado de un modo amplio y flexible. De hecho, una somera revisión bibliográfica sobre los estudios empíricos realizados en América Latina permite poner en evidencia las distintas concepciones subyacentes a las definiciones de la discriminación (BID 2008).

En este contexto y recogiendo los aportes de la literatura internacional sobre el tema, en el estudio de GRADE-UPCH se fijaron algunas definiciones básicas, con la finalidad de orientar el recojo de información y su posterior análisis. De ese modo, en el marco conceptual de la investigación se estableció una distinción entre tres tipos de “discriminación”: la “discriminación estructural” –que como señalaremos luego, no encaja en la definición expuesta antes-, la “discriminación institucional” y la “discriminación personal directa”³. A continuación se desarrollará brevemente cada una de esas definiciones.

El primer tipo de discriminación se basa en las propuestas desarrolladas por algunos autores, quienes usan el término “discriminación estructural” para hacer referencia a las condiciones de marginación y pobreza que afecta a determinados sectores de la población. Este tipo de discriminación corresponde, en realidad, a lo que desde otras perspectivas y enfoques se denomina “exclusión social”. Ésta es concebida como el proceso mediante el cual los individuos o los grupos son total o parcialmente excluidos de una participación plena en la sociedad en la que viven (European Foundation 1995).

Las barreras y obstáculos para el logro del desarrollo implican privaciones y restricciones

³ Esta distinción recoge en parte la clasificación desarrollada por Janice Blanchard, en su trabajo titulado “Discrimination and health care utilization” (2006), quien a su vez se basa en el desarrollo conceptual realizado por Camara Phyllis Jones –autora que hablará de tres niveles de “discriminación racial”: el institucional, el mediado personalmente y el internalizado-.

en el acceso y uso de bienes y servicios. La exclusión social, como concepto, alude a resultados diferenciados que tienen su origen en causas y procesos históricos. La discriminación operaría, desde esta perspectiva, en el plano “estructural” de la economía, la cultura, la política y la sociedad; y el resultado de la misma sería la pobreza, la marginación y la segregación de los grupos sociales excluidos. En el caso de la salud, este concepto es aplicado para dar cuenta de la injusta e inequitativa distribución de oportunidades y acceso a los recursos y los servicios de salud⁴.

Desde nuestro punto de vista, el problema del uso del término “discriminación estructural” es que puede acabar siendo una herramienta analítica poco útil porque se diluye en una amplia gama de situaciones derivadas del funcionamiento de la economía y la sociedad, de la distribución del poder y de los mecanismos estructurales que generan las diferencias y las desigualdades sociales, en general. Coincidimos, en ese sentido, con aquéllos que proponen la necesidad de aclarar y distinguir conceptualmente entre pobreza, exclusión social, desigualdad social y discriminación (BID 2007: 48). De ese modo, el concepto de discriminación tendrá un status específico, una acepción más acotada y un ámbito conceptual propio.

Por lo demás, como bien se ha señalado, la persistencia de diferencias y brechas de desigualdad no implica necesariamente la existencia de discriminación étnico-racial, en la

⁴ Este concepto es usado, por ejemplo, por un informe de Amnistía Internacional denominado “Mujeres pobres y excluidas: La negación del derecho a la salud materno – infantil” (Lima, 2006), el cual plantea la existencia de una “discriminación en la disponibilidad de establecimientos, bienes y servicios de la salud”, aludiendo a problemas como la desigual distribución del presupuesto –y de personal de salud- que no está orientado hacia las personas de menos recursos. En efecto, según la fuente citada, mientras que en Lima y Callao el Estado destinó en el año 2005 casi 169 nuevos soles (US\$51) per capita, en algunos de los departamentos con mayor porcentaje de poblaciones de bajos ingresos, como Huancavelica, Ayacucho o Huánuco esta cifra no llega a 80 nuevos soles (US\$24). Ver el documento en el siguiente link: <http://web.amnesty.org/library/Index/ESLAMR460042006?open&of=ESL-PER>.

medida que aquéllas pudieran estar originadas en otras causas o ser el efecto histórico de desventajas acumuladas causadas por la discriminación existente en el pasado (Blank et al. 2004: 4). Por esos motivos, en nuestro estudio asumimos que ese tipo de discriminación no corresponde –en estricto sentido- a la noción que hemos propuesto de discriminación sino más bien al concepto de “exclusión social”.

El segundo tipo es la “discriminación institucional”. Siguiendo la propuesta desarrollada por Feagin y Eckberg (1980), esta definición alude a cómo las instituciones están diseñadas y funcionan con políticas que generan desventajas hacia ciertos grupos⁵. Si bien tiene similitud con la definición anterior que ubica a la discriminación en un plano “estructural”, en este caso se identifica un agente discriminador específico –una organización o institución-, así como ciertos mecanismos y normas asociados a su funcionamiento. Este concepto sí lo aplicamos en nuestro estudio, debido a su utilidad para entender el funcionamiento del sistema de sistema salud y las instituciones que forman parte del mismo. Sin embargo, para ser usado como una herramienta analítica útil en nuestra investigación, la operacionalización del concepto ha requerido, de todos modos, una delimitación a partir de las siguientes consideraciones: a) se trata de actos o mecanismos ubicados a nivel de las organizaciones (no de los individuos); b) esos mecanismos operan a partir de políticas sectoriales y normas que regulan el funcionamiento de las instituciones; c) operan a través de procedimientos técnicos o administrativos de esas instituciones; d) aunque, ciertamente, suelen haber personas

⁵ Esta definición está asociada al desarrollo conceptual del “racismo institucional” ocurrido en los Estados Unidos a partir de los años 60, el mismo que enfatiza en los patrones institucionales de la discriminación –más allá de las motivaciones concientes o intencionales de los actores sociales- (Feagin y Eckberg 1980: 7/8).

encargadas de ejecutar las normas y los procedimientos, no se originan ni necesariamente ocurren en el vínculo entre personas, dado que son las instituciones las mediadoras y –al fin y al cabo- los agentes discriminadores; e) supone un perjuicio, maltrato y/o menoscabo efectivo de derechos (no sólo legales) de cierto tipo de personas o grupos sociales; f) aunque pueden tener una motivación fundada y explícita orientada a segregar o marginar a determinado tipo de personas, ésta también puede ser no intencional; g) en el caso que existiera esa intencionalidad y que ésta respondiera a estereotipos y prejuicios, éstos se expresarían en el plano de las normas que rigen las organizaciones (por ejemplo, un centro educativo o una empresa) y no necesariamente en el vínculo personal establecido entre los miembros de las organizaciones y sus clientes y usuarios.

Una tercera definición de “discriminación” –que es la que usaremos principalmente en nuestro estudio- alude al trato entre personas o individuos. Esta definición de discriminación recoge de la definición arriba enunciada la referencia al “trato” como una característica clave de la discriminación, por lo que alude necesariamente al vínculo “cara a cara” entre sujetos. Está concebida, en ese sentido, como un acto discriminatorio ejercido por una persona hacia otra. La definición propuesta considera como elementos constitutivos claves los siguientes: a) se trata de un trato diferenciado (preferente, distinto) sin motivo justificado o criterio razonable, que genera desigualdad; b) que no siempre tiene una intencionalidad, aunque sí suele basarse en una motivación orientada (generalmente por estereotipos y prejuicios de unas personas hacia otras); c) que ocurre bajo distintas modalidades (abiertas, sutiles o encubiertas); d) pero que se manifiesta a través acciones, gestos, actitudes, palabras, conductas, lenguaje (hablado o no); e) y que se

da en un vínculo “cara a cara”, entre dos personas que desarrollan una interacción social en determinado contexto social.

Por último, sólo cabe señalar un punto que consideramos importante. Debe repararse en el hecho que las acepciones populares de la palabra “discriminación” –que suelen incluir la idea de distribución injusta de la riqueza o la identificación de toda forma de maltrato en sí misma- no coinciden necesariamente con las definiciones usadas en el ámbito legal o académico. Esta disparidad, por así decirlo, constituye un dato clave a tener en cuenta sobre todo al momento de registrar y analizar las percepciones sobre la discriminación que tienen las personas. Es probable que lo que ellas llamen o consideren “discriminación” no concuerde ni calce con las definiciones conceptuales arriba expuestas.

Discriminación y “raza”

Los diversos aportes académicos relacionados al tema de la discriminación racial en el Perú permiten identificar el vínculo que existe entre discriminación y “raza” –entendida no como una entidad biológica sino como una categoría que resulta de una construcción social-. En ese sentido, por un lado, hay quienes sostienen que la “raza” constituye una dimensión insoslayable que sigue estructurando las relaciones entre los peruanos (Portocarrero 1992, Portocarrero 1993, Manrique 1993, Manrique 1995, Oboler 1995, Callirgos 1993, Drzewieniecki 2004, Bruce 2007). Otros autores, sin embargo, afirman que existe suficiente evidencia empírica como para sostener que en nuestro país la “raza” en sí misma no es un elemento articulador de las diferenciaciones sociales y las actitudes

discriminadoras (Twanama 1992, Nugent 1992, Ortiz 2001a, 2001b, De la Cadena 2004, Tanaka 2008). Por lo general, la “raza” se encuentra asociada a otras cinco características de los individuos: el status, la clase social, el poder adquisitivo (ingresos), el nivel educativo y el género. La discriminación no se ejerce en función de la “raza” aislada, sino en relación a las posibles combinaciones de las dimensiones señaladas. En ese sentido, la “raza” no sólo es subjetiva y difícil de definir debido al mestizaje ocurrido secularmente en el país (en el sentido que éste haría más difícil asignar con claridad una sola “raza” a una persona), sino porque depende de cómo esté asociada a esas otras características. Entre estas últimas, cuenta el nivel social y el poder económico logrado por la persona – motivo por el cual una frase como “el dinero blanquea” tiene amplio consenso en nuestro medio-. Además, se ha sostenido que el “racismo” opera en función de situaciones y contextos específicos; de allí que la “raza” por sí sola no explique la dinámica de la discriminación (Santos 2002). Incluso, algunos autores han sostenido que el “racismo” en el Perú es más cultural que racial, y que el significado de la “raza” en la construcción de la identidad “mestiza” tiene una dimensión básicamente simbólica y cultural (De la Cadena 2004).

Por último, la relatividad de la “raza” como criterio de identidad, clasificación y discriminación, se reflejaría en la inestabilidad que tienen las categorías raciales y la diversidad de sus significados, como una investigación cualitativa sobre identidad étnica lo ha puesto en evidencia (Planas y Valdivia 2007).

3. Notas metodológicas

Dada la inexistencia de evidencia empírica acumulada sobre el tema, el estudio realizado por GRADE-UPCH tuvo un carácter exploratorio. Para ello, como se ha señalado, se visitaron tres establecimientos de una microrred de salud del Valle del Mantaro: un hospital, un Centro de Salud y un Puesto de Salud.

El foco de atención estuvo puesto en la relación profesional-paciente establecida en el marco de las consultas llevadas a cabo en tres servicios del área de atención materno-infantil: Crecimiento y Desarrollo (CRED), Pediatría y Obstetricia.

Para el análisis de ese vínculo, la metodología aplicada combinó distintas técnicas cualitativas de recojo de información. Por un lado, se realizaron observaciones de las consultas de atención orientadas a registrar los pormenores de la interacción profesional-paciente. Estas observaciones también incluyeron –aunque en menor medida- otros ambientes de los servicios de salud, como las salas de espera, la atención en farmacia y las ventanillas de admisión.

En segundo lugar, se llevaron a cabo entrevistas en profundidad tanto a los usuarios o pacientes de esos servicios como a los profesionales encargados de brindar la atención. Estas entrevistas tuvieron el objetivo de recoger la percepción de los actores, confrontando y triangulando la información obtenida en un constante esfuerzo por recoger esas perspectivas pero distinguir –al mismo tiempo- la visión y el análisis propio del investigador.

Por último, se recurrió a la aplicación de una técnica de Paciente Simulado a través de la cual se buscó contrastar el trato que recibe una paciente de rasgos más “indígenas” y el

que se brinda a una paciente menos “indígena”. Para ello se capacitó a 7 mujeres para que asumieran determinados roles en las consultas a partir de una caracterización basada en 5 dimensiones o “marcadores”⁶: vestimenta y atuendos; lengua y acento; fenotipo (color de piel, fisonomía, estatura, forma de cabello, nariz, etc.); actitud frente al profesional de salud (si se trata de una actitud “sumisa” y “pasiva”, o si más bien la persona refleja seguridad en sí misma, actúa en una relación más horizontal con el profesional y tiene una actitud más “empoderada”); y lugar de origen de las personas, específicamente el hecho de ser un migrante proveniente de alguna zona de Ayacucho o de Huancavelica – las cuales son reconocidas y percibidas en el valle del Mantaro, por lo general, como más “indígenas”-.

Estos “tipos sociales” construidos fueron validados posteriormente con los mismos profesionales que atendieron a las pacientes, confirmando así que Pacientes Simuladas eran percibidas por ellos mismo como más “indígenas” o menos “indígenas” –aunque recurriendo al uso de un lenguaje y términos distintos para referirse a ello-.

En total, en la investigación se realizaron 53 observaciones de consultas, 26 entrevistas a profesionales (médicos, obstetrices y enfermeras) y 54 entrevistas a pacientes que acudieron a las consultas en los servicios antes señalados. Adicionalmente, se entrevistaron a las personas que hicieron de Pacientes Simuladas a la salida de 34 visitas de consultas realizadas en el Centro de Salud y en el hospital.

⁶ La selección de esas dimensiones se basó en los resultados de una investigación antes citada sobre identidad étnica – realizada también en el marco del proyecto GRADE-UPCH- (Planas y Valdivia 2007), la cual permitió identificar los principales “marcadores étnico-raciales” reconocidos por los mismos sujetos y actores sociales. Aunque en esa investigación la “raza” no apareció como un elemento relevante, para el presente estudio sí se la incluyó precisamente con la finalidad de comprobar la existencia o no de prejuicios y actitudes “racistas” de parte de los profesionales de salud.

4. Hallazgos del estudio

A continuación se hará una presentación de los hallazgos del estudio. En la descripción de los resultados se distinguirá entre las conclusiones derivadas de las observaciones y al análisis del equipo de investigación, por un lado, y las percepciones de los actores mismos (profesionales, pacientes), por otro. Se hará también una diferenciación por tipo de servicio, para finalizar con un balance sobre el tipo de relación y trato en los servicios en general.

En el servicio de Crecimiento y Desarrollo (CRED), se ha observado que el vínculo paciente-profesional se caracteriza por una relativa buena atención. Hay un esfuerzo de la mayor parte de profesionales enfermeras que tienen a su cargo el servicio por responder en forma competente a la atención de los niños.

En términos generales, no se han evidenciado eventos de maltrato abierto o de alguna forma de discriminación. En muchas ocasiones se observó el logro de empatía entre la enfermera y el niño y la madre del mismo. Algunos casos –como el de una enfermera del Centro de Salud- destacan por la paciencia demostrada por la profesional.

En más de un caso se observó una relación de afecto, calidez y cercanía entre profesional y paciente; lo cual se hizo manifiesto en la forma de hablar y el uso de diminutivos, entre otros elementos. En muchos casos, hay una buena actitud en la enfermera, quien trata bien y es cariñosa con la madre y el niño: *“Se dirige a la señora con bastante amabilidad y casi siempre sonriente”, “En cada procedimiento que realiza le dice ‘amor’ a la niña”*.

Sin embargo, al mismo tiempo y aunque parezca contradictorio, ese vínculo de calidez se ve acompañado por muestras de recriminaciones y llamadas de atención que revelan un

vínculo paternalista basado en discurso “normativo” y sancionador. La caracterización de esta relación podría estar resumida a partir de los siguientes elementos: un discurso de desaprobación y reproche de parte de la enfermera hacia la paciente, una actitud “autoritaria” que hace uso de un discurso y un lenguaje “normativo” (“tienes que”), en el que no existen indicaciones o recomendaciones, sino mandatos.

En el servicio de Pediatría, se ha observado que la relación profesional-paciente que se establece en la atención de la consulta está marcada por el respeto de parte del pediatra y eventualmente algunas muestras o gestos de amabilidad hacia la paciente y su hijo. En general, el trato del médico pediatra parece ser más “impersonal”, en comparación con el trato de las enfermeras. En ese sentido, pareciera haber diferencia con el vínculo entre el personal de CRED a cargo de las enfermeras y las pacientes. En este último caso, la relación podría caracterizarse como de mayor contenido afectivo y quizás mayor calidez.

En el servicio de Obstetricia y, sobre todo, en la atención de partos se ha observado la ocurrencia de eventuales maltratos abiertos. Éstos no han marcado la norma, pero sí han estado presentes. Por un lado, se han observado atenciones como la registrada a una mujer huancavelicana de 34 años que reside en un distrito aledaño a la ciudad de Huancayo y que acude al Puesto de Salud de la zona, donde la obstetriz la orienta con mucha dedicación y usa palabras cariñosas para dirigirse a la mamá y al bebé. Pero, por otro lado, también se han registrado consultas donde hay llamadas de atención cuando las pacientes no siguen alguna indicación, reproches y recriminaciones por no “haberse cuidado” para no tener más hijos, e increpaciones durante el parto diciéndoles que si quieren a su bebé deben colaborar para apurar el proceso de parto.

Aunque no son hechos generalizados, sí se han registrado momentos críticos en los que los profesionales ejercen un nivel de violencia verbal y simbólica sobre todo en la atención de partos. A modo de ejemplo, veamos el caso de Domitila. Se trata de una gestante de 31 años que llega –acompañada por su mamá y su suegra- a emergencia obstétrica del hospital y la llevan en una silla de ruedas a la sala de parto para dar a luz. Está quejándose por los dolores y en la revisión previa que le realizan le dicen que tenía la vagina erimatizada por la manipulación que había habido antes –dado que, en efecto, ella había recurrido a un “sobador” conocido por “acomodar bebes”-. Luego de un proceso relativamente largo y con el apoyo de un equipo dirigido por una obstetrix, logra dar a luz un bebé. Como señala el respectivo informe de observación, las profesionales que la atendieron acaba recriminándole el hecho de haber hecho uso de esa práctica tradicional:

Domitila preguntó “¿Cómo está mi bebé?” La técnica le respondió: “¿Tú no has dicho que se muera?”. Ella lloraba y decía “¡Mi bebito!”. “¿Por qué no has pujado?”, le dice la obstetrix. Y añade con un tono recriminador: “¿Tu acaso estás en la puna? ¡Cómo te vas a atender con cualquiera, con un curioso, siquiera a una clínica te hubieras ido! Ya, está bien tu bebé”.

En otro caso, los momentos inmediatamente posteriores a la atención de un parto –esta vez en el Centro de Salud- fueron registrados del siguiente modo:

El doctor estaba aliviado porque durante el parto me pareció que fue el más tenso cuando no salía el bebé. Trató de ponerse unos guantes para sacar la placenta y se le rompió el primero, estaba nervioso, luego pudo ponerse los otros. Todo salió bien. “El bebé es grande y la mamá

pequeña”, dijo el doctor. Durante todo el proceso también la obstetrix amenazó a la mujer diciéndole que si no salía [el bebé], la llevaban al hospital para que “le corten”. Cuando nació [el bebé], le avise al papá que su hijo era varón, lo vi algo tenso y se relajó. Después de retirar la placenta la colocaron en una bolsa negra, [la obstetrix] se la entregó al papá, “para tu chanfainita” le dijo, y se sonrió. Le pidió que no la tirara en los tachos de basura del centro [de salud].

Otro caso analizado revela el uso de prácticas médicas no recomendadas (como el presionar el vientre de la madre para “facilitar” la salida del bebé), pero también da cuenta de cómo al final del proceso del parto, la obstetrix le pregunta a la madre: “¿Ahora quieres tener otro bebé?”. Esta forma de trato, además de representar una falta de respeto al derecho de la madre a decidir sobre el tema, está revelando la idea que predomina entre el personal de salud acerca de la tendencia de las mujeres (de origen socio cultural indígena) a tener hijos en forma “indiscriminada”.

En general, se ha observado que en la atención al paciente el maltrato se da particularmente en situaciones límite de emergencias obstétricas o partos, donde afloran en los profesionales de salud estereotipos y prejuicios negativos hacia población migrante de origen rural, campesina, étnicamente definida como “indígena”. En ese sentido, más que de un “racismo”, se trataría de una discriminación étnica.

No obstante, este resultado contrasta con lo hallado a través de la técnica de Paciente Simulado. La aplicación de esta técnica pareciera demostrar que no existe un trato diferenciado hacia personas “indígenas” o un maltrato hacia ellas. Más específicamente,

cuando se aplicó esa técnica no se halló una “discriminación racial” (entendido como un peor trato hacia personas de fenotipo “indígena” o “no blanco”), como tampoco se encontró una forma de “discriminación étnica” (vale decir, un peor trato hacia personas con vestimenta tradicional, lengua quechua y procedencia rural huancavelicana). Por ejemplo, no se registró un peor trato hacia la persona que asumió el rol de quechuahablante y que usó su idioma en la comunicación con el médico. Una posible explicación de ello podría encontrarse en que el maltrato abierto parece darse sobre todo en el servicio de obstetricia y parto, y no tanto en los otros servicios visitados por las Pacientes Simuladas (CRED, pediatría y planificación familiar).

Sin embargo, sí hubo un elemento que quedó confirmado en la aplicación de la técnica de Paciente Simulado y se refiere a la vigencia de un patrón basado en un modelo “paternalista” asumido por ambas partes: profesional y paciente.

Hasta aquí, hemos dado cuenta fundamentalmente de las conclusiones de nuestro propio análisis. A continuación se hará un análisis de las percepciones de los actores respecto al trato y el vínculo establecido en las consultas.

Desde el punto de vista de los pacientes, existe discriminación y maltrato en los servicios de salud. En particular, el hospital aparece como el principal lugar de maltrato y discriminación –en comparación al Centro de Salud y el Puesto de Salud–.

Es importante resaltar, sin embargo, que esta percepción de maltrato en el hospital parece estar sobredimensionada en el imaginario popular y que no necesariamente concuerda con la experiencia vivida –ni con las observaciones registradas en el estudio–. En ese sentido, opera sobre todo como una idea anticipada del hospital como lugar de maltrato;

en varios casos se pudo comprobar que la persona pensaba que sería maltratada en el hospital, pero al ser atendida no ocurrió eso (reconociéndolo ella misma: *“bien me han atendido”*).

En general, desde la perspectiva de los pacientes, los motivos del maltrato en el hospital tienen que ver con los siguientes factores: a) trabas para la agilización de atención del sistema, b) falta de comunicación adecuada a los pacientes usuarios del servicio, c) impaciencia del personal, sobre todo con personas del campo, con quienes tienen dificultades para comunicarse (por lo que acaba gritando a los pacientes), d) el hecho que supuestamente los servidores o profesionales se encuentran “aburridos” (desmotivados y atrapados en la rutina diaria de una labor que realiza a desgano y casi de mala gana, sobre todo los de más edad).

La evaluación de la calidad de la atención en los servicios no alude necesariamente al trato del profesional (médico, obstetrix o enfermera) sino a otros factores relacionados al servicio mismo del establecimiento y el funcionamiento del sistema. Así, por ejemplo, en el servicio de en Pediatría la percepción de los pacientes sobre el trato recibido revelaba un balance positivo. Sin embargo, el reconocimiento de la buena atención va acompañado de la queja por los problemas que genera el escaso tiempo que dura la consulta.

Por otro lado, en el hospital se percibe que hay problemas de trato en los procesos de admisión y espera de la consulta en el hospital (incluso más frecuentes que en la consulta misma). Esto se hace evidente, por ejemplo, en un caso registrado donde hubo confusiones en la entrega de las historias clínicas y asignación de consultorios que implicó pérdida de tiempo para los pacientes –desde la percepción de ellos mismos–.

Por último, corroborando una de las conclusiones de un estudio de Planas y Valdivia (2009), se halló que las concepciones que los pacientes manejan acerca de qué es discriminación son diversas y no concuerdan necesariamente con la definición establecida en el marco teórico de la investigación. Desde la perspectiva de los pacientes, el maltrato en sí mismo es una forma de discriminación –y no sólo el trato preferente, diferenciado o desigual-. Además, la forma de la atención, el descuido en las coordinaciones para el internamiento o la escasa información proporcionada a los pacientes y sus familiares, forman parte de situaciones que ellos tipifican como “maltrato” o que califican como eventos de “discriminación”. Por último, para ellos, las experiencias de maltrato en el pasado marcan la percepción y la evaluación del servicio en la actualidad.

Desde la perspectiva de los profesionales, los problemas en el trato y la calidad de la atención en los servicios de los establecimientos tienen que ver con las restricciones de tiempo disponible para la consulta (agravado por la necesidad de llenar formatos que las normas administrativas vigentes les obligan a hacer). En ese sentido, las explicaciones de los proveedores sobre el maltrato (que no califican como “discriminación”) tienden a justificarlo por la falta de tiempo, la presión o carga laboral, y el subsecuente apuro. Motivo por el cual, desde su perspectiva, el trabajo acaba “saturando” a la persona –lo cual crea las condiciones idóneas para no tratar adecuadamente a los pacientes-.

Finalmente, en el estudio se halló que muchos de los profesionales son conscientes de la necesidad y la importancia del buen trato, producto –en parte- de las mismas iniciativas de mejora de la calidad del servicio emprendidas por el sector e implementadas en los establecimientos. Tal es el caso, por ejemplo, de la enfermera Rosa y las acciones de

capacitación en el Centro de Salud que ella misma realiza con la técnica se había incorporado hacía poco para apoyarla en el trabajo.

5. Discusión de los hallazgos

El estudio registra que en la relación profesional-paciente existe una mixtura de formas de atención: atención efectiva (resuelven los problemas), calidez en el trato, empatía con el paciente, desempeño profesional competente, paternalismo, maltrato y discriminación. Los eventos de maltrato en la atención a los pacientes no son la norma pero sí están presentes en forma esporádica en los establecimientos públicos de salud que se visitaron. Ese maltrato, ocurrido en determinadas situaciones, cobraría la forma de una “discriminación” en la medida que quienes lo sufren en mayor medida y con mayor frecuencia son las personas de origen indígena: las personas provenientes del campo, de origen rural, agricultores o campesinos, comuneros o de pueblos de las zonas altoandinas, pobres, por lo general analfabetos o con escaso nivel educativo, y que son identificados por algunos marcadores específicos relacionados a la vestimenta (polleras, mantas en la espalda para llevar a sus hijos, sombreros, etc.) y la forma de hablar –porque suelen ser bilingües quechuahablantes-.

Sin embargo, hace falta indagar con mayor profundidad y la extensión de este fenómeno dado que el estudio arroja resultados ambiguos y, hasta cierto punto, contradictorios. Porque el patrón antes descrito corresponde a las observaciones de consulta y difieren de las conclusiones derivadas de la aplicación de la técnica de Paciente Simulado. Como se ha señalado, el análisis comparado del trato recibido por las Pacientes Simuladas no

registra la existencia de un maltrato particularmente dirigido hacia aquellas pacientes que asumieron los marcadores indígenas (en términos de vestimenta, lengua, forma de hablar, fenotipo y lugar de procedencia).

Lo que sí permitió confirmar esa técnica fue que el trato del profesional está –en cierta medida- en función del comportamiento y la actitud asumida por la paciente. Antes que un maltrato hacia la Paciente Simulada caracterizada como indígena, se observó un maltrato hacia la Paciente Simulada no indígena, de clase media baja y educación técnica, que asumió una actitud de “empoderamiento” –ejerciendo un rol más activo al preguntar y dejar en claro sus preferencias en la utilización de métodos anticonceptivos, lo cual derivó en un fuerte intercambio verbal con el profesional que la atendió-.

En todo caso, más allá de la técnica de Paciente Simulado y basándonos en las observaciones de consulta y las entrevistas realizadas, podría afirmarse que el patrón de discriminación hacia personas indígenas en esos establecimientos de salud tendría como explicación una combinación de varios factores. En primer término, parece ser gravitante una subvaloración de parte de los profesionales hacia la población usuaria, la cual es percibida como un grupo de personas sin derechos. También resulta crucial la existencia, entre los proveedores de esos servicios, de ciertos patrones de estigmatización y el manejo de clasificaciones discriminadoras acerca de las costumbres y la forma de vida de la población de origen campesino de las zonas rurales altoandinas –de donde proviene una parte de los usuarios que acuden a esos establecimientos-. En el mejor de los casos, los profesionales “toleran” ciertas costumbres de esa población, pero su actuación

responde a la convicción de que se trata de prácticas que ponen en riesgo o afectan la salud de la gestante y su hijo.

Otro factor que podría estar originando ciertas formas de discriminación hacia la población indígena es la existencia del modelo que hemos denominado “paternalista autoritario” en el vínculo profesional-paciente. Éste se sustenta en el poder del conocimiento que ostenta el profesional (y que el paciente también le otorga) para interpretar y diagnosticar condiciones de salud, dolencias y enfermedades. Característica que si bien resulta universal y consustancial al ejercicio de la práctica médica en general, va acompañada de un rasgo específico e idiosincrático en el contexto socio cultural de nuestro país: la concepción del paciente como un “menor de edad”, al que se debe llamar la atención e incluso resontrar para que “haga caso” y siga las indicaciones que les son dadas por “su bien” (o la de su hijo o hija). Un elemento clave en este esquema es el reforzamiento de las relaciones de género basadas en la función “ciudadora” y protectora de la mujer. El modelo funciona en base a la culpabilización de la madre por los problemas de alimentación y salud que pudiera presentar su hijo o hija, cuya evaluación termina siendo una forma de juzgar el desempeño de la madre en el cumplimiento de sus “deberes”.

Debe señalarse, sin embargo, que no todos los factores que explican el maltrato responden a prejuicios y concepciones de subvaloración acerca de la población. También parece estar jugando un rol importante las “distancias culturales” y el desconocimiento de los profesionales respecto a la realidad de esa población. En ese sentido, un elemento clave es el hecho que la formación recibida por los profesionales en las universidades e

institutos no incorpora enfoques conceptuales y herramientas prácticas que pudieran servirles para lidiar con los problemas generados del vínculo intercultural que supone la interacción con grupos étnicos ajenos a su experiencia social.

Otro elemento que explicaría los problemas de trato en las consultas es el contexto institucional de un sistema saturado y caracterizado por la precariedad de recursos, la presión de demanda y el personal desincentivado. De hecho, la presión de metas y tiempo incrementa los problemas de comunicación con los pacientes, sobre todo si éstos son personas pertenecientes a otra cultura.

Estos problemas aluden a la calidad de los servicios y, hasta cierto punto, afectan por igual a todas las personas que acuden a los establecimientos de la microrred de salud estudiada. Están referidos a diversos aspectos relacionados a la acogida y la orientación al usuario acerca de los trámites y las rutas a seguir al momento de solicitar una atención médica, las condiciones de infraestructura de los establecimientos mismos, la escasez de recursos tanto materiales como de personal en el Centro de Salud y el hospital, así como la organización de los tiempos de espera para el ingreso a consulta.

El estudio pudo verificar el amplio consenso que existe entre las pacientes entrevistadas respecto a la percepción de que la atención brindada por las clínicas privadas es de mejor calidad⁷. Los alcances de nuestra investigación no incluyeron todas las variables y componentes relacionados a la calidad de la atención propiamente, ni tuvieron como

⁷ Esta tendencia, en todo caso, no sería una novedad, sino que más bien coincidiría con la opinión sobre el tema predominante en otras ciudades del país o al menos en Lima Metropolitana. Un estudio realizado el año 2008 en esa ciudad, encontró que mientras que un 88 % de las personas entrevistadas señalaba que la atención en las clínicas privadas es “buena” o “muy buena”, sólo el 14.4 % calificaba de ese modo la atención en los hospitales del Ministerio de Salud (GOP – Universidad de Lima 2008).

propósito la observación de lo que sucede en otros establecimientos públicos o privados. Sin embargo, de ser cierto que la atención es de mayor calidad en los servicios privados de salud existentes en la misma zona estudiada –a los cuales acceden sectores sociales que pueden sufragar su mayor costo-, estaríamos frente a una situación que de algún modo se encuentra en el límite de la exclusión social y lo que hemos denominado “discriminación institucional”. En cierto sentido, sería una forma de discriminación porque el sistema institucional de la oferta de servicios de salud en el país implica que en la práctica quienes acceden a los establecimientos públicos de salud (de peor calidad) son en una gran proporción personas de origen indígena. Por contraste, quienes acceden a los servicios de salud privados suelen pertenecer a una clase social más alta, con un mayor status social y compuesta en una menor proporción por personas indígenas. Es probable que el mejor trato recibido en esos establecimientos privados (por ejemplo, una clínica) responda al “poder” que le otorga al paciente el haber pagado por el servicio, pero también al hecho que éste tenga un status social más alto y cuente con mayor nivel educativo –lo cual condiciona de modo distinto el trato con el personal médico, las enfermeras y el personal administrativo, en general-.

Estas últimas afirmaciones quedan formuladas a modo de hipótesis, sujetas a una verificación empírica más profunda, la misma que podría realizarse a futuro bajo el marco metodológico de una investigación específicamente diseñada para analizar la atención en los servicios tanto públicos como privados de salud.

6. Conclusiones y recomendaciones de políticas

Al centrar la mirada en la atención brindada por los profesionales en las consultas en los establecimientos visitados, el estudio ofrece evidencia empírica sobre resultados mixtos y variados que reflejan una atención adecuada y competente, pero al mismo tiempo eventuales actos de maltrato y la vigencia de un modelo de atención basado en un discurso que hemos denominado “paternalista autoritario”. El “maltrato”, en esos casos, alude no a actitudes abiertamente despectivas, de insultos y burlas, sino principalmente a una falta de consideración hacia el paciente y a las agresiones simbólicas (como hacerle a una madre que recién ha tenido a su bebé la pregunta “¿Y ahora quieres tener otro hijo?”). No queda del todo claro hasta qué punto ese maltrato está dirigido sobre todo a personas de rasgos indígenas –dado que, como se ha señalado, la evidencia es ambigua y no contundente-.

Por otro lado, los problemas de atención no se restringen al trato del profesional hacia el paciente, sino que de hecho abarcan otros ámbitos del sistema y los establecimientos de salud. En términos generales, la investigación ha podido constatar que hay problemas en la calidad de los servicios que afecta a las personas que acuden a los establecimientos de la microrred de salud estudiada: falta de información suficiente al usuario, problemas en la acogida al paciente, ausencia de un trato adecuado en la atención, condiciones deficitarias de infraestructura, escasez de recursos materiales y de personal de salud, así como problemas en la organización de los tiempos de espera.

Con la finalidad de afrontar los problemas de trato y calidad en la atención de los servicios de salud, consideramos útil retomar la distinción conceptual propuesta al inicio

del trabajo –que reconoce dos tipos de discriminación- a fin de establecer las posibles medidas de solución y las eventuales políticas dirigidas a mejorar la atención a los pacientes en los servicios de salud.

A partir de esa distinción, se ha elaborado un esquema que pretende servir de guía para la diferenciación de las distintas iniciativas orientadas a combatir el maltrato y la discriminación en los servicios públicos de salud (ver Esquema adjunto). En ese esquema, el análisis del trato en los servicios de salud del Estado se desarrolla a tres niveles: el estructural, el institucional y el personal.

El primer nivel del esquema alude a la exclusión social y las condiciones estructurales relacionadas al desarrollo social en general y las políticas de salud del Estado. Es en ese nivel que se ubican los llamados “determinantes sociales” de la salud –pobreza, distancias geográficas, acceso a servicios- (Organización Mundial de la Salud 2005) y donde se pone de manifiesto el problema de la denominada “brecha étnica” en salud. Como ya se señaló, aunque algunos enfoques usan el término “discriminación estructural” para referirse a esta situación, en el presente trabajo no consideramos adecuado su uso. En estricto sentido, se trata más bien de problemas de exclusión social. Las intervenciones y políticas que deberían desarrollarse a este nivel implicarían políticas de inclusión social y desarrollo, atención a problemas de pobreza, y sobre todo políticas de salud orientadas a incrementar la cobertura y el acceso a los servicios, propendiendo al mismo tiempo a mejorar la calidad de la atención en los mismos. También a este nivel se sitúan las recomendaciones sobre la mejora de los mecanismos de focalización del gasto público en salud hacia los hogares más pobres.

Tipos de discriminación y posibles acciones para enfrentarla

EXCLUSIÓN SOCIAL

- Determinantes sociales de la salud
- Problemas de acceso, cobertura y costos
- Problemas de infraestructura y recursos

DISCRIMINACIÓN INSTITUCIONAL

- Organización y administración del servicio: maltrato en la atención y demoras
- Sistema de salud que no toma en cuenta la cultura de la población indígena (tema del idioma, parto, uso de hierbas y otros)

DISCRIMINACIÓN DIRECTA

- Problemas de comunicación: no escuchar, no dar explicaciones
- Vínculo paternalista vertical
- Maltrato personal (en sus diversas formas) hacia personas de origen rural, con bajo nivel educativo, campesinas, "indígenas"

- Cambio y desarrollo, políticas sociales contra la pobreza, políticas de salud pro equidad
- Provisión de infraestructura, recursos y personal de salud
- Políticas de mejora de la calidad de atención (administración, tiempos, orientación e información al usuario)
- Políticas de interculturalidad (normas de "adecuación cultural" como: parto vertical, Casas de Espera)
- Normas de personal (uso del quechua)
- Formación profesional y currícula sensible a las diferencias culturales y con énfasis en la comunicación con el paciente
- "Educación" a todo nivel (familia, escuela, etc.), permanente y puntual (campañas)
- Impulso y difusión del discurso de "derechos"
- Políticas anti-discriminatorias (leyes)
- ~~En poderamiento de usuarios~~ (organización, sensibilización, acciones de control y denuncia)
- Rol de instituciones de "vigilancia"

Se trata de que el Estado atienda las necesidades existentes en las zonas y localidades con población indígena en cuanto a la provisión de infraestructura, recursos y personal de salud.

En relación a los problemas de accesibilidad debido a las distancias geográficas, y teniendo en cuenta la atención materno infantil, un reciente estudio recomienda la implementación de experiencias como la de las Casas de Espera y de sistemas de vigilancia y el uso de la organización comunal para el traslado de gestantes a los servicios con la finalidad de disminuir la barrera del acceso físico (Cordero et al. 2010).

El segundo nivel de análisis y de políticas corresponde al plano de las instituciones e involucra también los problemas derivados de los recursos y la organización del sistema, pero ubicados a nivel de las normas que regulan el funcionamiento de los establecimientos de salud. Es en este nivel donde se ubican los problemas de maltrato derivado de las deficiencias en la atención administrativa y los procedimientos de ingreso y tramitación de solicitudes de acceso al servicio.

También a ese nivel institucional se identifican los problemas del desencuentro entre las normas de funcionamiento y organización del sistema de salud que no tienen en cuenta los patrones de vida, los valores y las costumbres de los grupos indígenas. En el fondo, lo que está en juego es la colisión del sistema de salud con la cultura de esta población, su visión de la sociedad y la naturaleza, sus concepciones sobre la salud y las enfermedades (Anderson 2001, CARE 2002); lo cual estaría generando una distancia e incluso un rechazo hacia los servicios de salud (Cordero et al. 2010). De allí que se señale la necesidad de incorporar un enfoque intercultural en las políticas del sector; lo cual implica no sólo que el personal de salud conozca, respete y sea tolerante con las costumbres locales y la cultura indígena, sino que exista un nivel de diálogo con ésta y que se incorporen de algunos elementos propios de la misma a través de la modificación de los protocolos de atención de salud. De hecho, en los últimos años ha habido avances en esa línea que se han expresado a nivel normativo, principalmente a partir del Plan General de la Estrategia Sanitaria Nacional “Salud de los Pueblos Indígenas” –a través de la Resolución Ministerial No. 771-2004/MINSA del sector-. Otro avance en la misma línea es la promulgación de la Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con

Adecuación Cultural –a través de la R..M. 598-2005/MINSA-, la cual incorpora algunas prácticas de la población indígena como la posición vertical en el parto, la presencia del esposo y/o la partera, el uso de hierbas o mates y la entrega de la placenta a la familia. El problema es que este tipo de medidas no son implementadas en la práctica –al grado que incluso muchas veces resultan desconocidas por el mismo personal de salud-.

Se ha recomendado, adicionalmente, mejorar las competencias clínicas de los profesionales de salud a fin de desarrollar capacidades –en médicos, enfermeras y obstétrices- para una consejería respetuosa y adecuada a las necesidades de las usuarias, así como el entrenamiento de miembros del sistema tradicional de salud –como las parteras- y de líderes comunales para el reconocimiento de signos de gravedad en casos de atenciones de parto (Cordero et al. 2010).

En esa misma línea, una dimensión que atañe al nivel institucional tiene que ver con el uso del idioma quechua en la interacción profesional-paciente. En los últimos años, se ha avanzado algo a ese nivel y una muestra de ello son las iniciativas emprendidas por Gobiernos Regionales, como el de Apurímac, que han expedido ordenanzas para establecer la obligatoriedad del uso del idioma quechua de parte del personal de los servicios públicos.

También hace falta avanzar más en la mejora de la calidad de atención, la administración de los tiempos, la información proporcionada a los pacientes, la acogida de los mismos al momento que solicitan una consulta externa. Desde el mismo Ministerio de Salud, ha habido iniciativas como la elaboración de planes para la implementación de las normas

técnicas de auditoría de la calidad. Aún así, sigue pendiente la realización de mayores esfuerzos para mostrar avances significativos.

El tercer y último nivel de análisis es el de la discriminación “directa personalizada”, y corresponde a aquél en el que se ha movido principalmente el foco de análisis del estudio. Los problemas a este nivel son varios y complejos. En general, como se ha señalado, la tipificación de las acciones como eminentemente discriminadoras se ha basado en la especificación del maltrato ejercido hacia determinado tipo de personas “indígenas”: de origen rural, con bajo nivel educativo, campesinas y quechuablantes. Ciertamente, el maltrato hacia ese tipo de pacientes no ha sido extendido o generalizado, pero cuando se ha dado ha involucrado diversas modalidades que van desde los problemas más “leves” –como no escuchar o no dar explicaciones-, pasando por la modalidad discriminadora “solapada” del trato cariñoso pero con visos de autoritarismo (lo que denominamos como modelo “paternalista vertical”), hasta la modalidad del maltrato abierto (expresado en la falta de respeto, las recriminaciones y las agresiones simbólicas).

Frente a este panorama, es necesario emprender acciones que busquen evitar o erradicar maltratos de ese tipo. De hecho, las acciones podrían darse en varios frentes –y en forma simultánea-. Uno primero es el referido a la formación profesional y la currícula de las facultades de medicina, enfermería, obstetricia y las disciplinas de las ciencias médicas en general. Habiendo reconocido que gran parte del problema reside en la incomprensión de los patrones culturales de los que son portadores la población indígena, las acciones de cambio deberían propender a hacer la formación profesional más sensible a las

diferencias culturales y con un énfasis en la comunicación con el paciente. Iniciativas como éstas se han venido implementando en otros países como los EE.UU. a través de propuestas de una educación intercultural en la formación de los profesionales de las disciplinas de salud (Smedley et al. 2001: 201). Para el caso del Perú, la Defensoría del Pueblo en un informe sobre la situación de la salud de las comunidades nativas, ha señalado la necesidad de *“un cambio curricular de los programas de formación de medicina, enfermería, obstetricia en los niveles de pre grado y post grado, a fin de incluir cursos de medicina tradicional y salud intercultural”* (Defensoría del Pueblo 2008: 206).

Como se señala en el esquema adjunto, también caben las acciones orientadas a combatir la discriminación, en general, y modificar las conductas basadas en los estereotipos y los prejuicios contra la población indígena en nuestro país. Para ello, una tarea de largo aliento –y quizás la más compleja y difícil de llevar adelante por la envergadura que supone- es la realización de acciones educativas todo nivel (familia, escuela, sociedad civil, organizaciones, medios de comunicación, etc.), ya sean de carácter permanente y de largo plazo, o bien de carácter puntual o coyuntural (por ejemplo, a través de campañas, charlas, etc.).

Otra línea de acción en un mediano y corto plazo es la implementación de políticas anti-discriminatorias (leyes, ordenanzas, normas) orientadas a sancionar los actos de racismo y marginación hacia personas indígenas u otros grupos subordinados. En gran medida, se trata de difundir y hacer conocida la normatividad que ya existe actualmente –tanto las leyes existentes a nivel nacional, como las normas que gobiernos regionales y locales vienen dando-, a fin de hacerla efectiva.

Acompañando ese tipo de acciones, debería impulsarse iniciativas orientadas a la difusión del discurso de “derechos”, lo cual supone un mayor conocimiento de los ciudadanos sobre los mismos, así como el “empoderamiento” de los usuarios a través del desarrollo de acciones de control y denuncia, e incluso de su organización. En línea del reconocimiento de los derechos de los usuarios de los servicios de salud, y consolidando algunos avances ya logrados en el pasado, el 30 de Septiembre del año 2009 se promulgó la Ley 29414 que establece el derecho de toda persona al acceso a los servicios de salud (garantizando la libertad de elección del establecimiento y el médico, y la posibilidad de solicitar la opinión de otro profesional), así como el derecho al acceso a la información necesaria relacionada a su tratamiento.

Por último, y no menos importante, está el rol de instituciones de “vigilancia” como la Defensoría del Pueblo. Las acciones que esta institución ha desarrollado, incluso en el campo de la prestación de servicios públicos de salud, resulta una iniciativa valiosa que debe ser promovida, extendida y apoyada por el Estado, las instituciones públicas en general, y la sociedad civil en su conjunto.

7. Referencias bibliográficas

- Amnistía Internacional. “Mujeres pobres y excluidas: La negación del derecho a la salud materno – infantil”, Lima, 2006. En el link:
<http://web.amnesty.org/library/Index/ESLAMR460042006?open&of=ESL-PER>
- Anderson, Jeanine. Tendiendo Puentes, Calidad de Atención desde la perspectiva de las mujeres rurales y de los proveedores de los servicios de salud. Movimiento Manuela Ramos, 2001.
- Banco Interamericano de Desarrollo, “¿Los de afuera? Patrones cambiantes de exclusión en América Latina y el Caribe”. Informe 2008 – Progreso económico y social en América Latina, Washington, 2007.
- Benavides, Martín, Magrith Mena y Carmen Ponce. “Estado de la niñez indígena en el Perú”, INEI / UNICEF, Lima, Agosto, 2010.
- Benavides, Martín y Martín Valdivia. “Metas del Milenio y la brecha étnica en el Perú”, GRADE, mimeo, Lima, Diciembre, 2004.
- Blanchard, Janice. “Discrimination and health care utilization”, Pardee Rand Graduate School, Santa Mónica, 2006.
- Blank, R., Dabady, M, y C. Citro (eds.). “Measuring Racial Discrimination. Panel on methods on assessing Racial Discrimination”, Committee on National Statistics- CNSTAT, The National Academies Press, Washington, D.C., 2004. En el link:
http://books.nap.edu/openbook.php?record_id=10887&page=R1
- Bruce, Jorge. “Nos habíamos choleado tanto. Psicoanálisis y racismo”, Lima, 2007.
- Callirgos, Juan Carlos. “El racismo. La cuestión del otro (y de uno)”, DESCO, Lima, 1993.
- CARE. “Percepciones y prácticas de salud en la amazonía. Investigación participativa con Comunidades Kichwas y Aguarunas”, Serie Lecciones No. 3, Programa Frontera Selva, Lima, julio 2002.

- Cordero, Luis, Luna, Ariela y María Elena Vattuone, “Salud de la mujer indígena. Intervenciones para reducir la muerte materna”, Banco Interamericano de Desarrollo – BID, 2010.
- Defensoría del Pueblo. “La discriminación en el Perú. Problemática, normatividad y tareas pendientes”, Lima, Septiembre, 2007.
- Defensoría del Pueblo. “La salud de las Comunidades Nativas: un reto para el Estado”, Primera edición, Lima, Mayo, 2008.
- De la Cadena, Marisol. “Indígenas mestizos: Raza y Cultura en el Cusco”, Instituto de Estudios Peruanos, Lima, 2004.
- Drzewieniecki, Joanna. “Peruvian youth and racism: The category of "race" remains strong”, ponencia preparada para la Reunión de LASA - Latin American Studies Association, Las Vegas, mimeo, 2004.
- European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions “Public Welfare Services and Social Exclusion. The Development of Consumer Oriented Initiatives in the European Union”, Dublín, 1995.
- Feagin J. R. y D. L. Eckberg. “Discrimination: motivation, action, effects, and context”, Annual Review of Sociology, Vol. 6, pp. 1-20, 1980.
- Figueroa, Adolfo; Altamirano, Teófilo y Denis Sulmont. “Exclusión social y desigualdad en el Perú”, Instituto Internacional de Estudios Laborales/ PNUD/OIT, Lima, 1996.
- Grupo de Opinión Pública (GOP) de la Universidad de Lima. “II Encuesta Anual sobre Situación de la Salud en el Perú – Lima y Callao”, Barómetro Social, Estudio 401, Sábado 12 y Domingo 13 de Abril de 2008. En el link: www.ulima.edu.pe
- Huayhua, Margarita. “Discriminación y exclusión: políticas públicas de salud y poblaciones indígenas”. Instituto de Estudios Peruanos, Documento de Trabajo 147, 2006.
- Krieger N., Rowley D.L., Herman A.A., Avery B., Philips M.T.. “Racism, sexism and social class: implications for studies of health, disease and wellbeing”. American Journal of Preventive Medicine 1993; 9 (suppl 2):82–122.

- Krieger, Nancy "A glossary for social epidemiology". *Journal of Epidemiology and Community Health*: 693-700, 2001.
- Manrique, Nelson. "Algunas reflexiones sobre el colonialismo, el racismo y la cuestión nacional". Introducción de "La piel y la pluma". Lima: Casa Sur, 1993.
- Manrique, Nelson. "Violencia política, etnicidad y racismo en el Perú del tiempo de la guerra". En "El tiempo del miedo: la violencia política en el Perú, 1980-1996", Ed. N. Manrique, pp. 321-48. Fondo Editorial del Congreso del Perú, Lima, 1995.
- Nugent, J.G.."El laberinto de la choledad". Fundación Friedrich Ebert-Lima, 1992.
- Oboler, Suzanne (1996). "El mundo es racista y ajeno. Orgullo y prejuicio en la sociedad limeña contemporánea", Documento de Trabajo No. 74, Instituto de Estudios Peruanos, Lima.
- Organización Mundial de la Salud – OMS. "Primera Actualización: Imperativos y Oportunidades para el Cambio", Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, 9 de junio de 2005. En el link:
http://www.who.int/social_determinants/strategy/ImpandOpp%20Span.pdf
- Ortiz, Alejandro "El término raza como homonimia", en el libro *La pareja y el mito. Estudios sobre las concepciones de la persona y la pareja en los Andes*, ed. A Ortiz. Lima: Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú, 2001a.
- Ortiz, Alejandro "En torno al individuo andino. Identificaciones, prejuicios y seudoracismo", en el libro "La pareja y el mito. Estudios sobre las concepciones de la persona y la pareja en los Andes", Ed. A Ortiz. Lima: Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, 2001b.
- Planas, Mariela y Néstor Valdivia. "Identidad étnica en el Perú: un estudio cualitativo sobre los discursos de auto identificación en tres zonas del país", GRADE/ UPCH, mimeo, Lima, 2007, Lima, Septiembre 2007.
- Planas, Mariela y Néstor Valdivia. "Discriminación y racismo en el Perú: un estudio sobre modalidades, motivos y lugares de discriminación en Lima y Cusco", GRADE/ UPCH, mimeo, Lima, Mayo 2009.

- Portocarrero, Gonzalo "Racismo y Mestizaje". SUR Casa de Estudios del Socialismo, Lima, 1993.
- Portocarrero, Gonzalo. "Discriminación social y racismo en el Perú de hoy" en el libro "500 años después... ¿el fin de la historia?", Nelson Manrique et al. Escuela para el Desarrollo, Lima, 1992.
- Reid, Claire. "Las jerarquías invisibles de la discriminación en la ciudad de Abancay", APRODEH, CUSO, CNDDHH, Lima, 2008.
- Reyes, Esperanza y Néstor Valdivia. "Avanzando en la comprensión de las inequidades étnico/raciales en salud: ¿Existen prácticas de discriminación hacia la población indígena en los servicios del Estado?", Informe final, mimeo, Lima, Febrero 2010.
- Ribotta, Bruno. "Diagnóstico Sociodemográfico de los Pueblos Indígenas de Perú", Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía – CELADE / Fundación Ford, 2009. En el link:
http://www.eclac.cl/celade/noticias/paginas/6/40386/Peru_julio2010.pdf
- Smedley, B.D., Stith, A.Y., y Nelson, A. R. (eds.). "Unequal treatment: Confronting racial and ethnic disparities in health care", Board on Health Sciences Policy (HSP), Institute of Medicine (IOM), Committee on Understanding & Eliminating Racial & Ethnic Disparities in Health Care, National Academic Press, Washington, DC, 2003. En el link:
http://books.nap.edu/openbook.php?record_id=12875&page=R1
- Salud sin Límites. "Madre nativa. Experiencias acerca de la salud materna en las comunidades ashaninkas y nomatsiguengas", Salud sin Límites, Lima, mayo 2008.
- Santos, Martín. "La cuestión racial: un ajuste de cuentas en tiempos de globalización y postmodernidad". En Debates en Sociología Nº 27, PUCP, Lima, 2002.
- Tanaka, Martín, "Nos habíamos choleado tanto, de Jorge Bruce", artículo publicado en Perú 21, martes 11 de Marzo de 2008.

- Torero, Máximo, Saavedra, Jaime, Ñopo, Hugo y Javier Escobal (2004). "An invisible wall? The economics of social exclusion in Peru", en el libro *Social Inclusion and Economic Development in Latin America*, Mayra Buvinic, Jaqueline Mazza and Ruthane Deutsch (Eds.), Inter-American Development Bank / Johns Hopkins University Press, Washington.
- Twanama, Walter. "Cholear en Lima". *Márgenes. Encuentro y debates* 5:206-40, 1992.
- Valdivia, Néstor (2002). "Etnicidad, pobreza y exclusión social: la situación de los inmigrantes indígenas en las ciudades de Cuzco y Lima" en el libro "Exclusión social y estrategias de vida de los indígenas urbanos en Perú, México y Ecuador", Editores: Jorge Uquillas, Tania Carrasco y Martha Rees, Banco Mundial/Fideicomiso Noruego, Quito, 1ra. edición, 2003.