

Políticas de salud basadas en el concepto de interculturalidad. Los centros de salud intercultural en el altiplano boliviano

Susana Ramírez Hita*

Resumen

Actualmente en Bolivia, uno de los mayores problemas en el ámbito de la salud es la incorporación del concepto de cultura a las políticas sanitarias, hecho que hizo que se crearan centros de salud denominados "interculturales", así como el Modelo de Salud Familiar Comunitario e Intercultural. Este artículo, a través de una investigación realizada en el año 2007 en la zona altiplánica de Bolivia, pretende demostrar como el concepto de cultura está sirviendo de base para implementar políticas que no están ayudando a cambiar los deficientes índices epidemiológicos del país.

Palabras clave: *Salud Pública; Interculturalidad; Cultura; Políticas Sanitarias.*

Abstract

One of the most important problems in the health field nowadays in Bolivia is the incorporation of the culture concept to public health politics, which had led to the creation of health centers called "intercultural", as well as the Community and Intercultural Model of Family Health. This paper, based on a research project undertaken in 2007 in the Bolivian altiplano, seeks to demonstrate how the culture concept is being used as a basis to implement politics that are not contributing to improve the deficient epidemiological indexes of the country.

Keywords: *Public Health; Interculturalidad; Culture; Politics Health.*

Fecha de recepción: Diciembre 2008 · Fecha de aprobación: Agosto 2009

* Doctorada en Antropología Social y Cultural (Especialidad Antropología de la Medicina) en la Universitat Rovira i Virgili (España). Investigadora adscripta del Programa de Antropología y Salud, Instituto de Ciencias Antropológicas, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires (UBA), Argentina. E-mail: susanahita@yahoo.es

Trabajo presentado en la Mesa I. Antropología y Salud. Comisión: Antropología de la salud: políticas, prácticas y saberes. IX Congreso Argentino de Antropología Social. Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales, UNaM. Posadas, Agosto de 2008.

¿De qué hablamos cuando hablamos de salud intercultural?

El concepto de salud intercultural surge en América Latina a lo largo de los años 90 y 2000 y ha alcanzado un verdadero auge en los últimos años. La iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas surgió de la Organización Panamericana de la Salud en el año 1992, en el contexto de la conmemoración de los 500 años de la llegada de los europeos al Continente Americano. El compromiso estaba destinado a promover la transformación de los sistemas de salud y a apoyar el desarrollo de los modelos alternativos de atención de la población indígena, incluyendo, a su vez, la medicina tradicional. Es decir, promoviendo el desarrollo y el fortalecimiento de los sistemas de salud tradicionales indígenas, situando el eje de la actuación en “la necesidad de incorporar las perspectivas, medicinas y terapias indígenas en la atención primaria de la salud” (OPS, 2003:7) y ello implicaba un discurso de armonía y consenso entre sistemas médicos, pero también menos inversión en el campo de la salud, ya que las deficientes condiciones de salud de los pueblos indígenas se analizaron exclusivamente desde la óptica cultural. Éste fue, el marco a partir del cual se generaron una serie de intervenciones en el campo de la salud intercultural, desarrolladas por ONG, agencias de desarrollo y el propio Estado boliviano, marco que, finalmente, cristalizó en la propuesta recogida en la Nueva Constitución Política del Estado aprobada a principios del año 2009, con varios artículos que incluyen el concepto de interculturalidad.

Muchas disciplinas sociales y médicas van a incorporar este concepto a su discurso y comienza a ser utilizado en la práctica sin claridad teórica sobre el mismo. Su incorporación se fundamenta en supuestos que sirven de base para la implementación de programas, políticas e inclusive, en el caso boliviano, de un Viceministerio de Medicina Tradicional que posteriormente cambió su nombre a Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad. El sector salud, con asesoramiento de algunos científicos sociales que trabajan en universidades y en el ámbito de la cooperación internacional, incorporó este término en un discurso básicamente político. En el que se comenzaba a revalorizar la medicina tradicional y a visualizar un gran cambio en la “supuesta aceptación” de otra medicina diferente a la científica dentro de los servicios de salud.

Una de las experiencias que más influyó en Bolivia fue la del caso ecuatoriano. En Ecuador, el concepto de interculturalidad nació en el seno del movimiento indígena como oposición a la hegemonía política del conocimiento y como una propuesta hacia

otras formas de pensar diferentes a la colonial, partidaria esta última de un Estado plurinacional. La Confederación de Nacionalidades Indígenas de Ecuador (CONAIE) planteó el proyecto de interculturalidad como una propuesta alternativa de sociedad, como un principio ideológico. En Bolivia, sin embargo, tal como plantea Walsh, el proceso fue diferente. Los movimientos indígenas aymarás centraron su atención en “Recuperar la memoria en relación con la organización regional de los ayllus, como una forma para (re)pensar el proyecto estatal sin Estado. Tal pensamiento, a pesar de la diferencia de enfoque con la construcción ecuatoriana de un Estado plurinacional, no es distinto en su intención política. Ambos movimientos nacionales forman parte de proyectos políticos que están pensados desde la experiencia vivida de la diferencia colonial y no desde la ideología del Estado” (Walsh, 2007: 179).

En consecuencia, la interculturalidad no se restringe tan solo a las interrelaciones sino que también abarca el fortalecimiento de lo propio, aquello que consideran subalternizado por el colonialismo (Walsh, 2007). En el análisis que realiza la autora sobre el caso ecuatoriano resalta que, cuando la interculturalidad pasa a formar parte del discurso asumido por el Estado o de instituciones como el Banco Mundial, el significado del proceso de cambio que promueven los grupos indígenas se debilita: “Cuando la palabra interculturalidad la emplea el Estado en el discurso oficial, el sentido es equivalente a “multiculturalidad”. El Estado quiere ser *inclusivo*, reformador [...] En cambio el proyecto intercultural en el discurso de los movimientos indígenas está diciendo otra cosa, está proponiendo una *transformación* [...] está reclamando la necesidad de que el Estado reconozca la diferencia colonial (ética, política, epistémica). Está pidiendo que se reconozca la participación de los indígenas en el Estado [...]” (Walsh, 2007: 196). Un elemento interesante a destacar es que desde Ecuador se critica la propuesta “kichwa-céntrica” de este modelo, al considerar que deja fuera las construcciones y significados de los grupos indígenas de la Amazonía, de la Costa y los afro-descendientes (Walsh, 2007).

La apropiación del concepto de interculturalidad por parte de los movimientos indígenas de Bolivia se produjo a partir de las experiencias de los países vecinos, en concreto, del proceso llevado a cabo en Ecuador. El movimiento indígena en Bolivia aplica el concepto de interculturalidad, casi en exclusiva, a la “educación intercultural” centrada básicamente en una educación indígena bilingüe. Posteriormente se relacionó a la “salud intercultural” como propuesta de reconocimiento de las medicinas indígenas tradicionales y como una manera de entender y revalorizar lo propio. A diferencia del

caso ecuatoriano, en Bolivia el planteamiento no se vincula a las transformaciones del Estado y de las instituciones, sino al interés en incorporar y revalorizar las lenguas y las medicinas de los grupos indígenas, que se consideran esenciales en la revalorización de las culturas subalternas por parte del Estado.

Uno de los elementos destacables del caso boliviano es que fue la cooperación internacional, la que introdujo el concepto de interculturalidad que, se caracteriza por replicar modelos de un país a otro, muchas veces sin contextualización, circunstancia que ha supuesto que la implementación en el campo de la salud se haya efectuado con escasa reflexión teórica. Posteriormente, fueron los movimientos indígenas los que asumieron el concepto introducido por las ONGs, y la cooperación internacional quienes incentivaron, financiera y técnicamente, la educación bilingüe (a la que denominaron educación intercultural) y la revalorización de la medicina tradicional (a la que denominaron salud intercultural). Si, por un lado, esta revalorización de las medicinas indígenas tradicionales es real, por otro, los terapeutas tradicionales han visto en ella una fuente de trabajo; de manera que, con toda lógica, se han sumado a la propuesta reivindicándola como propia. El Estado ha asumido el discurso pero sin otorgar a los terapeutas tradicionales condiciones laborales similares a las de los miembros de los servicio de salud.

La propuesta de interculturalidad que pretende el cambio y la revalorización de lo propio -lo indígena- a fin de llegar a una sociedad más justa y equitativa, pierde su sentido en el ámbito de la salud, dado que la salud pública ha estado y está ausente en muchos puntos del país y, sobre todo, en las áreas indígenas apartadas. El proyecto político de cambio, que persigue la complementación de ambas medicinas, no coloca el análisis en las desigualdades en salud que poseen estas poblaciones; y no precisamente porque no haya sido reconocida o valorada su propia medicina, sino por las falencias del sistema público de salud boliviano. El movimiento indígena (andino) no plantea una atención exclusiva de la medicina tradicional sino una revalorización de su medicina. Un hecho es el reconocimiento del discurso, y otro la práctica concreta en que se desenvuelven los argumentos teóricos, gestados lejos de las poblaciones. La reivindicación de los terapeutas tradicionales no supone una misma actitud por parte de las comunidades indígenas.

En Bolivia, el problema asociado al término intercultural es el de su utilización sin una definición clara del mismo. Se lo equipara al de relaciones interétnicas, bajo el supuesto de que se trata de relaciones de carácter armónico donde cada grupo da lo

mejor que tiene al otro. La Organización Panamericana de la Salud describe así el concepto de interculturalidad: “El concepto de interculturalidad involucra las interrelaciones equitativas respetuosas de las diferencias políticas, económicas, sociales, culturales, étareas, lingüísticas, de género y generacionales, establecidas en el espacio determinado entre diferentes culturas (pueblos, etnias) para construir una sociedad justa” (OPS/OMS, s.f: 30).

El Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia llegó en el año 2007 a definirlo de la siguiente manera: “La interculturalidad en la salud es el enfoque sociocultural del ejercicio de la práctica médica con personas culturalmente distintas donde cada una de ellas se predispone al diálogo, respeto, reconocimiento, valoración y aceptación de los diferentes saberes médicos, promoviendo su articulación y complementariedad para mejorar la capacidad de actuar de manera equilibrada en la solución de los problemas de salud: calidad de atención, conocimientos, creencias y prácticas de salud diferentes” (Ministerio de Salud y Deportes, 2007: 7 en: Royder y Angeloni, 2007: 16). Disponemos de un sinnúmero de definiciones que se encuentran en esta misma línea, al considerar que la relación se ha de dar entre sujetos sociales de culturas diferentes, en donde se da por entendido que el personal sanitario y los usuarios son de diferentes culturas y que los usuarios son homogéneos y solo utilizan una medicina diferente a la biomédica (la tradicional).

Bolivia es un país multiétnico (36 grupos indígenas diferentes) en el que el concepto de interculturalidad tiene poca cabida en el sentido con el que se usa. En la mayor parte de los casos, el término se utiliza para referirse a la relación entre dos culturas. Así, en el caso de la salud, ello supone que se hable de cultura biomédica y cultura tradicional. Esta clasificación relaciona la primera a la cultura occidental y la segunda a la indígena, como si ambas constituyeran sistemas culturales aislados exteriormente y homogéneos interiormente. De esta manera se niega la existencia de la heterogeneidad cultural dentro de la biomedicina y, también, dentro de la de la medicina tradicional. Cada cultura es poseedora de conocimientos médicos, portadora de saberes de atención y de cuidado a la salud y, por tanto, no se debería hablar de medicina tradicional indígena y de medicina occidental o mestiza. Lo tradicional y lo científico, no son categorías homogéneas, ni cerradas, ni estáticas, ni aisladas, ni son las únicas formas de atención a la salud a las que recurre la población (Menéndez, 1987).

El concepto de interculturalidad debería incorporar de forma clara las diferencias y reconocer que en las relaciones interétnicas suelen darse, más que

relaciones armónicas y complementarias, conflictos y contradicciones que son el resultado de las relaciones de poder que con ellas aparecen. Como bien dice Cardoso (1992), las relaciones interétnicas se dan habitualmente en términos de dominación y sujeción.

El concepto de salud intercultural se ha extendido popularmente como la complementación en los servicios de salud de la biomedicina y de la medicina tradicional (incluido en ciertos sectores antropológicos en donde estas propuestas de débil sustento teórico y metodológico tienen cabida) sin que se reconozca el pluralismo médico que existe en todas las culturas y grupos sociales.

Hay que tener en cuenta que las diferencias entre grupos no son solo culturales, sino también de clase social, un elemento importante que en Bolivia no se analiza desde el campo de la salud, ni desde la antropología. El cambio social, que provoca la aculturación y el desarrollo, está pensado en términos de complementariedad entre las partes en relación (Menéndez, 2006: 55). No obstante, es en las diferencias donde aparece el conflicto que se construye en la mayoría de las relaciones interétnicas. Las relaciones económico/políticas marcan las relaciones entre las diversas culturas y ello se evidencia a nivel microsocial en las relaciones que se establecen entre el personal sanitario/paciente.

La situación de pobreza y desigualdad social afecta no tan solo a las poblaciones indígenas, sino también al personal sanitario. La desocupación y las deficientes condiciones laborales se solapan en el concepto de cultura (implícito en el término de interculturalidad) y esta condición se extiende a la relación que se establece con el paciente. Si la mayoría de la población indígena de Bolivia se encuentra en situación de extrema pobreza, un alto porcentaje del personal sanitario se encuentra en situación de pobreza. En el área andina, una parte importante de los prestadores de servicios de salud y de los pacientes pertenece a las mismas condiciones de clase social y son parte de las mismas relaciones étnicas; aunque sus relaciones dentro de los servicios de salud se establezcan a través de relaciones de poder (que, sin duda, involucran el conocimiento). Estas relaciones son las que generan que las prácticas laborales del personal sanitario no sean las deseables a la hora de ofrecer una buena calidad de atención.

La semejanza de los sujetos sociales hace que, en la consulta médica, se agudice la necesidad de evidenciar la diferencia con el paciente. Esto, con frecuencia, implica una situación de maltrato. Las posiciones de poder de los miembros de los grupos

étnicos aparecen como manifestaciones de la identidad étnica (Bartolomé, 1997). Así, se establecen, entre el personal sanitario y el paciente, relaciones jerárquicas que van a estar representadas por las relaciones de identidad mestiza/indígena.

La identidad étnica posee como esencia la noción de identidad contrastiva; es decir: la noción del nosotros frente a los otros (Cardoso, 1992). Trasladado al campo de las relaciones entre el personal sanitario/paciente, vemos que la identidad se afirma negando otra identidad. En el caso del personal sanitario una gran parte niega su condición indígena para así diferenciarse de ese “otro” que, además, representa un estatus inferior al suyo. La identidad étnica es una forma ideológica de representaciones colectivas (Cardoso, 1992); sin embargo, podemos agregar a esta relación entre el personal sanitario y el paciente la definición de conciencia étnica, por la que la relación entre el nosotros es el resultado del grupo con su historia (Bartolomé, 1997:77). Esta relación intraétnica imprime características singulares a las relaciones entre el personal sanitario y el paciente.

Como aspectos que no están incorporados al concepto de interculturalidad se encuentran los sociales y económicos. Estos afectan, sin duda, la práctica laboral de los trabajadores en salud¹; sin embargo, únicamente se destaca como dimensión importante la cultural. Las relaciones entre la población y el personal sanitario se encuentran establecidas por la subalternidad, la situación socioeconómica y el aspecto étnico. Un porcentaje significativo de quienes prestan servicios de salud en la zona andina pertenecen a las culturas aymará y quechua, aun cuando se identifiquen con la categoría de mestizo. En este sentido, no se debería hablar de relaciones interétnicas en el campo de la salud, sino de relaciones intraétnicas. Podemos encontrar personal sanitario indígena que no habla la lengua del grupo al que pertenece (habitualmente encontramos integrantes de una primera generación a quienes sus padres ya no enseñaron la lengua, como proceso de cambio de clase y status social), pero que se rigen por muchas de las pautas culturales de su grupo. Al respecto, Menéndez (2006: 61) señala: “La reducción de la interculturalidad casi exclusivamente a los aspectos culturales expresa, frecuentemente, objetivos de asimilación e integración, así como tiende a excluir o por lo menos a opacar los procesos socioeconómicos que reducen o directamente impiden establecer relaciones interculturales realmente respetuosas y simétricas”.

¹ Por trabajadores en salud entendemos a todos los sujetos sociales que trabajan dentro de los servicios de salud: portero, manual, médico, enfermero, trabajador social, auxiliar, etc.

Otro de los problemas que encontramos a la hora de la utilización del término es su asociación, casi exclusiva, a los conocimientos de salud, enfermedad y atención de las culturas aymará y quechua, de manera que el concepto de salud intercultural vuelve a perder su dimensión de diversidad. El hecho de que Bolivia posea 36 grupos indígenas diferentes y, a su vez, una gran diversidad de grupos étnicos implica que existan numerosas concepciones de salud/enfermedad/atención, así como terapeutas tradicionales diferentes a los andinos. Dentro de esta diversidad, también conviven numerosas formas de atención que no deberían restringirse a la medicina tradicional y a la biomédica. Lo tradicional es entendido por el sector salud como algo estático, sin procesos de cambio y sin reapropiaciones de otras formas de atención no tradicionales. Como ya demostré en una investigación que realicé en la ciudad de Potosí (Ramírez Hita, 2005), existen varios sistemas médicos: el biomédico, el tradicional, el religioso (representado por la Iglesia evangélica) y el sistema de autoatención. Este es apenas un ejemplo de la diversidad de sistemas y formas de atención a la salud que se dan en un contexto social determinado. El hecho de no reconocer esta variedad de formas de atención, existentes en los diversos grupos sociales, incide en el empeño de considerar solo lo tradicional y lo biomédico.

La cultura ha sido siempre el centro de la disciplina antropológica que, a través de sus diversas corrientes teóricas, analiza las diferencias, similitudes, conflictos, etc. de las culturas y sus relaciones interétnicas. Así, uno de los problemas es el no reconocimiento de la especificidad de la antropología en este campo y, en especial, de la antropología médica por parte del sector salud en Bolivia; siendo el propio personal sanitario quien está implementando esta (mal llamada) “salud intercultural”. El concepto en sí, se ha popularizado tanto en la teoría como en la práctica, provocando que estos planos se confundan. El ejemplo más claro es la creación del Modelo de Salud Familiar Comunitaria e Intercultural (SAFCI), en el que se advierte claramente la confusión teórica y empírica trasladada a la práctica concreta. El concepto de interculturalidad se está imponiendo poco a poco como dominante en la disciplina antropológica y en el sector salud; no obstante, como dice Menéndez (2006), omite las condiciones económicas y de poder.

Otro de los problemas se remite al hecho de que la mayoría de los formadores y profesores de los postgrados de “salud intercultural” forman parte del sector salud. Son ellos, y no profesionales de ciencias sociales, quienes imparten los cursos de

metodología cualitativa². Las tesinas salidas de estos postgrados sirven de base para la implementación de programas y políticas. El programa SAFCI fue creado por médicos recién egresados de estos postgrados, quienes, con una formación muy débil en la temática cultural, comienzan a diseñar estrategias “interculturales” de acción para el cambio.

En estos postgrados se imparte, casi exclusivamente, conocimiento sobre elementos biomédicos y tradicionales; sin embargo, en cuanto al conocimiento cultural solo se enseña lo relacionado con las culturas andinas, con una confusión habitual entre lo cultural y lo tradicional. La mayoría de antropólogos y sociólogos que han pasado por estos postgrados pertenecen a la corriente teórica de antropología médica más representativa en el país: la etnomedicina, en la que las investigaciones que se realizan poseen un enfoque empirista y en donde la cultura y la medicina tradicional son analizadas como creencias o sistemas de creencias, ignorando las condiciones socioeconómicas y los aspectos macrosociales (Menéndez, 2002; Good, 2003). Estos antropólogos son los que sustentan la creación de centros de salud intercultural en Bolivia. Un ejemplo de estos trabajos y reflexiones se encuentra en los artículos de salud intercultural que compiló el antropólogo Fernández (2004; 2006). Los artículos, en buena parte, reflejan esta visión (son muy pocos los que expresan una mirada crítica), con una polarización entre la medicina tradicional y la biomédica, lo que incentiva que se concentre el análisis entre ambas formas de atención como si fuesen las únicas en el país; reafirmando la complementación entre ambas y negando el papel de lo social, lo político y lo económico como parte del proceso.

Ante la escasez de trabajos de antropología médica centrados en las concepciones de salud, enfermedad y atención de las culturas de la Amazonía y el Chaco, la cultura andina aparece como preponderante. A estos postgrados acuden amautas, yatiris, kallawayas (todos pertenecientes a las culturas quechua y aymará) a hablar de sus conocimientos como terapeutas tradicionales. Sin embargo, estos cursos no cuentan con ningún terapeuta tradicional guaraní, yaminahua, ese-ejjas ni de cualquier otra de las múltiples culturas localizadas en las tierras bajas, aportando sus conocimientos.

Un postgrado que se debería caracterizar por el conocimiento y reconocimiento de la diversidad cultural del país, se caracteriza por la homogenización del

² La metodología cualitativa en el sector salud se confunde con la utilización de técnicas cualitativas especialmente con la utilización de entrevistas y grupos focales.

conocimiento andino “tradicional” y biomédico. Esta reproducción del término y su improvisada conceptualización influye, y no precisamente de manera positiva, en la salud de la población. Uno de los aspectos que se dejó de lado en este cambio fue el análisis de la calidad de los servicios de salud.

La salud pública en el altiplano boliviano

En este apartado veremos las prácticas concretas que se llevan a cabo en los servicios de salud tanto en zonas rurales como urbanas, para poder entender como está configurada la salud pública en el altiplano boliviano³.

Zona rural

Muchos de los centros de la zona rural del altiplano son atendidos por auxiliares de enfermería e internos (de enfermería, auxiliares de enfermería, médicos), que acuden a realizar sus prácticas a los centros de salud. A la falta de ítems y personal calificado en la zona rural, se suma la falta de insumos de todo tipo para poder resolver los problemas de salud de la población. Algunos centros no poseen ambulancia, y si tienen ambulancia no hay gasolina, y si tienen gasolina no hay chofer para poder derivar a un centro de segundo o tercer nivel en caso de necesidad. En los centros de salud suelen faltar medicamentos (y en ocasiones éstos han caducado) y con frecuencia material básico para poder atender cualquier enfermedad o padecimiento.

Junto a los problemas internos de los servicios de salud se suma un descontento del personal sanitario por sus precarias condiciones laborales. Gran parte de los trabajadores en salud del país están por contrato, es decir, que ganan menos de la mitad que el personal sanitario con ítem (que, de por sí, ya recibe un modesto salario⁴), no tienen derecho a vacaciones, ni a aguinaldo, no pueden enfermarse porque, de ser así, deben pagar a un sustituto y pueden perder su empleo, en cualquier momento, a pesar de trabajar casi el doble que el personal con ítem. Hemos recogido diversos testimonios de mujeres que han sido expulsadas de su trabajo por estar embarazadas. El personal

³ La reflexión que planteo sobre el concepto de salud intercultural está basada en las investigaciones que he realizado a lo largo de los últimos cinco años en la zona del altiplano, pero fundamentalmente en la que realicé para la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) durante el año 2007. Esta última investigación consistió en conocer las representaciones y las prácticas sobre el concepto de calidad de atención en salud entre población quechua y aymará, pero también entre el personal de salud que atiende los centros de “salud interculturales” construidos en la zona altiplánica.

⁴ El sueldo actual de los trabajadores en salud por contrato oscila aproximadamente entre los 400 y los 1600 bolivianos, es decir entre 50 y 200 dólares al mes.

sanitario, que trabaja en la zona rural, con frecuencia en condiciones muy precarias, vive habitualmente sin su familia, a la que prefiere dejar en la ciudad para que sus hijos puedan estudiar, ya que las escuelas en la zona rural no poseen calidad en la enseñanza. Pudiendo ver a sus familias sólo un fin de semana al mes cuando salen a cobrar su sueldo, momento que los centros de salud rurales suelen quedar cerrados o a cargo de estudiantes.

A esto se suma que el personal sanitario rural está expuesto a la mirada constante de los miembros de la comunidad en la que habitan. Cualquier comportamiento que la comunidad considere inadecuado servirá de reproche al centro y a las autoridades pertinentes. Una circunstancia que no tan sólo afecta a las prácticas mal realizadas en su trabajo (negligencia médica, mala administración del centro sanitario, etc.), sino también a aquellas que se realizan fuera del horario del mismo -y que son, asimismo, observadas por la comunidad- como por ejemplo, tener relaciones sexuales con algún miembro de la comunidad o consumir alcohol en exceso.

El personal rural (médicos, enfermeros, auxiliares, farmacéuticos, etc.), tiene poca posibilidad de ascenso en su profesión, debido a que no pueden capacitarse con estudios de especialización y a que no pueden trabajar en un consultorio privado como sí hace una gran parte del personal de salud pública que trabaja en las ciudades. No pueden, por tanto, mejorar, no tan sólo económica sino tampoco profesionalmente. Estas condiciones hacen que la mayoría del personal de salud tenga una baja autoestima, sumado a un descontento generalizado al considerarse mal pagados y, no reconocidos -la mayoría de las veces- ni por la población ni por las autoridades superiores. Las condiciones laborales son tan deficientes que, repercuten en la calidad de la atención de los centros de salud.

A fin de mostrar con mayor claridad cuál es la realidad en la zona rural del altiplano boliviano, pondremos el ejemplo de un hospital que está siendo mencionado dentro y fuera del país como modelo de hospital de salud intercultural.

Tinguipaya es un municipio del departamento de Potosí que posee casi 30 mil habitantes, en donde se encuentran 18 puestos de salud y un hospital de salud intercultural. En dichos puestos tan sólo trabajan, auxiliares de enfermería (uno por puesto) y el hospital de salud intercultural (que fue terminado de construir hace unos años por la ONG italiana COOPI), únicamente puede resolver casos de atención primaria. El equipo del hospital está compuesto por un médico, una enfermera, un auxiliar de enfermería, un odontólogo, un farmacéutico y un terapeuta tradicional; dado

que dicho equipo debe atender en el mismo hospital pero también en las comunidades (sumamente dispersas y, en algunos casos, prácticamente inaccesibles ante la ausencia de caminos en buenas condiciones), el hospital suele estar cerrado o disponer tan sólo del farmacéutico. En Tinguipaya, a tres horas de la ciudad de Potosí, (la mitad del camino es de tierra) se encuentra el hospital Daniel Bracamonte, el único hospital público de tercer nivel de todo el departamento⁵.

El hospital de Tinguipaya fue construido y pensado de acuerdo con la definición de interculturalidad mencionada, con el objetivo y la idea de obtener la armonía y la unión de los dos sistemas médicos; de ahí que se considerara la necesidad de crear una sala en donde se pudiera realizar el parto de la manera tradicional, es decir, en donde tener la wawa (termino local para denominar al bebé o al niño) en la posición en que la mujer quisiera, con los familiares presentes, con ciertos mates (en Bolivia el término mate es utilizado para referirse a cualquier tipo de infusión) y preparados necesarios para que el parto pudiera realizarse como en casa (donde se respetan las concepciones culturales del frío y del calor). Se equipó asimismo con un ambiente en el que el terapeuta tradicional pudiera atender dentro del hospital.

Así, fue construido un hospital, en donde lo cultural tomó importancia en la construcción arquitectónica (materiales, forma, color, etc.) pero fueron dejados de lado los aspectos principales que hacen a la capacidad resolutive de estos centros. Actualmente, en el hospital de Tinguipaya ni tan siquiera se puede realizar una simple cesárea en el caso de que surjan complicaciones en el parto. El hospital funciona exclusivamente como centro de atención primaria -con el único agregado de poseer dos dependencias para internación- y cualquier parto con complicaciones debe ser derivado al hospital de Potosí.

Estos centros y hospitales se crearon con el interés fundamental de incidir en una disminución de los índices de mortalidad materna infantil. Dado que la población no recurría a los servicios de salud, la cooperación internacional, que fue la que comenzó a realizar los centros de salud intercultural en el país, supuso que era porque los partos eran atendidos por las parteras en las comunidades y que lo único que había que hacer era adecuar los centros de salud a las formas de entender y atender la salud/enfermedad de la población indígena andina. Por esta razón, se planeó una sala diferente a la del parto convencional, así como la incorporación al centro de un

⁵ A causa de las deficientes condiciones de los caminos, algunas de las comunidades del municipio de Tinguipaya pueden tardar más de seis horas en llegar a la ciudad de Potosí.

terapeuta tradicional y la capacitación de parteras y terapeutas tradicionales, en especial sobre como realizar el “parto limpio”, posibilitando la realización de preparados mediante plantas medicinales de la zona. No se pensó, sin embargo, en la capacidad resolutive en términos médicos ya que las causas de morbimortalidad tan sólo fueron analizadas desde la óptica cultural. No se partió de una investigación socioantropológica que justificara este tipo de intervención en los centros. Se actuó desde el supuesto de que la población prefería ser atendida por la medicina tradicional y realizar los partos con parteras porque los servicios de salud no estaban adecuados a la realidad cultural andina.

Pero en estos centros de salud intercultural, al registrarse una complicación en el parto, el riesgo de mortalidad materna sigue siendo alto. En el caso de Tinguipaya, por ejemplo, la ambulancia existente no cuenta con chofer desde hace un año, la mayor parte de las veces el hospital está cerrado y tan sólo existe un médico general para una población de 30.000 habitantes dispersos.

Cuando una persona de la comunidad recurre a un puesto de salud lo que realmente quiere es ser atendido por un médico (con capacidad resolutive) porque, de querer recurrir al terapeuta tradicional, ya conoce donde vive y en qué casos debe acudir a él, dentro de la diversidad de formas de atención que existen en la zona. El problema por el cual la población no recurre a los centros de salud es porque estos no solucionan sus problemas.

Pese a que los terapeutas tradicionales que van rotando en el hospital de Tinguipaya son pagados por la alcaldía, son escasamente consultados en dicho centro: en la zona rural, toda la población conoce muy bien donde viven y su capacidad de atender las patologías populares. Estos terapeutas, además de realizar tratamiento a los enfermos, se encargan de la cohesión grupal en las comunidades: su trabajo se caracteriza, y se ha caracterizado a lo largo de su historia, por ser un trabajo informal, no institucionalizado.

La atención a los enfermos, así como el desarrollo de prácticas de prevención, incluye la realización de mesas y ceremonias rituales que son ofrecidas a los distintos causantes de enfermedad (las almas, la pachamama, el rayo, etc.). Aspecto que no fue tenido en cuenta en la creación de la mayoría de los centros de salud interculturales, en donde el cuarto destinado al terapeuta tradicional era igual que el del médico. Sin embargo, es sabido que un terapeuta tradicional andino necesita quemar incienso y ciertos elementos, matar animales (la utilización de la sangre es importante) mientras

que lo habitual es que realice su tratamiento en el interior de la casa del enfermo, -ya que no se enferma un individuo independiente sino que se enferma el grupo familiar- en la cima de un cerro, o si la enfermedad es el susto, en el lugar donde se asustó la persona, etc. Estos elementos no fueron tenidos en cuenta en el diseño de estos centros de salud que han incorporado a los terapeutas tradicionales.

En la práctica, el médico y el terapeuta tradicional trabajan aislada y no conjuntamente, por mucho que ambos estén en el mismo centro. Ambos se encuentran situados en espacios separados, aplican tratamientos diferentes, e incluso contradictorios, y contribuyen de esta manera a la confusión del paciente cuando se trata de patologías biomédicas; no así en el caso de las populares (susto, gloria, orejo etc.), sobre las cuales la población ya conoce las limitaciones del médico y que es el terapeuta tradicional quien posee el conocimiento. A veces, la población acude al centro a buscar al terapeuta tradicional durante su horario de trabajo para pedirle que, en cuanto se desocupe, vaya a atender a la casa del paciente. Es decir, que aún cuando las patologías queden anotadas en los registros de los terapeutas tradicionales, en su mayoría no son tratadas en el centro.

Es importante destacar que uno de los problemas más relevantes que afecta a la calidad de la atención no tiene relación con lo cultural sino, y fundamentalmente, con el hecho de que no se dispone de salud pública gratuita (nos referimos a una salud pública asumida en su totalidad por el Estado) en un país en el que una parte importante de la población es indígena y que ésta desarrolla buena parte de sus relaciones cotidianas a través del intercambio.

A partir de esta situación, caracterizada por la ausencia de recursos de todo tipo -humanos, materiales, etc.-, fueron planificados los centros de salud intercultural, bajo el supuesto de que la población recurriría a ellos si disponían de un terapeuta tradicional y de una sala de adecuación al parto, sala que han denominado “sala de parto humanizado” o sala de “parto intercultural”. Sin asegurar, sin embargo, la capacidad médica resolutive, exclusivamente centrados en fortalecer la medicina tradicional. Hasta el momento, no se han efectuado investigaciones que demuestren que los índices epidemiológicos del país pueden mejorar bajo la intervención exclusiva de la medicina tradicional. La población conoce perfectamente las limitaciones de esta medicina.

Cuando los usuarios eligen un servicio biomédico, lo que desean es ser tratados por ese sistema, no por otros sistemas (tradicional, religioso, alternativo, etc.). Existen

diversos sistemas médicos de atención a la salud que el saber popular conoce y reconoce y a los que recurre cuando lo considera necesario. El hecho de acudir a un sistema tradicional, religioso o autoatenderse, no significa dejar de asistir al sistema biomédico. La mayoría de los procesos de enfermedad son resueltos entre varios sistemas (Kleinman, 1980; Menéndez, 1981, entre otros).

Zona urbana

Uno de los elementos que hay que tener en cuenta es el poder de los sindicatos y colegios de los trabajadores en salud, poder que llega hasta tal punto que, cuando se sabe que un trabajador con ítem ha incurrido en algún tipo de negligencia médica, consumo excesivo de alcohol o cualquier tipo de corrupción (robo de medicamentos o de insumos), éste no es expulsado del sistema público sino que es simplemente trasladado de lugar, de comunidad o de hospital. La protección interna vigente dentro del sistema de salud hace difícil cambiar la estructura del mismo.

Para presentar con mayor claridad la realidad de las zonas urbanas del altiplano, pondremos el ejemplo de un hospital de tercer nivel, considerado de salud intercultural, el hospital Daniel Bracamonte de la ciudad de Potosí.

En la época en que efectuaba el trabajo de campo en el interior de este hospital, quedé ingresada de emergencia en la sección de ginecología, en donde me realizaron una intervención quirúrgica que me obligó a permanecer 12 días en el hospital. Este hecho me permitió observar elementos que habían sido mencionados en las entrevistas tanto por la población de la ciudad como por el personal sanitario y, a su vez, observar - y padecer en mi propio cuerpo- aspectos no verbalizados, especialmente relevantes en cuanto a la calidad de la atención.

La cooperación italiana trabajó durante muchos años en la mejora de la infraestructura del hospital, instalaron calefacción y realizaron numerosos cursos de capacitación al personal sanitario a fin de elevar la calidad de la atención. Así, a partir de estos cursos, salieron dos promociones de un postgrado de salud intercultural. Ubicaron en la entrada del hospital una recepción para informar al paciente - Willaqkuna (palabra quechua que significa “el que orienta o el que informa)- con personal que hablaba aymará y quechua, ya que detectaron que el idioma era un impedimento dentro del hospital. La cooperación italiana no tan sólo contaba con una larga trayectoria de intervención en la zona sino que eran también defensores de los centros de salud intercultural y apoyaron la configuración institucional de los “médicos

tradicionales” en el departamento. Paralelamente a la mejora de la infraestructura del hospital se creaba la facultad de medicina en la ciudad de Potosí, de tal modo que el hospital comenzó a ser el lugar de práctica de los estudiantes -desde tercer año de la carrera de medicina, primero y segundo de auxiliar y enfermería respectivamente-. El hospital Daniel Bracamonte, es el único hospital público de tercer nivel que posee el departamento de Potosí, de aquí la importancia de este hospital⁶.

Tras la mejora de las dotaciones del hospital, el número de pacientes aumentó de manera notable; no hay que olvidar, sin embargo, que la población de la zona también aumentó sustancialmente a causa de la subida de precio del mineral a lo largo de los últimos años.

Fue en este contexto cuando comenzamos la investigación para comprobar si este hospital cubría las expectativas de la población en cuanto a la calidad de la atención. El hecho desafortunado de tener que quedar ingresada en el hospital me permitió comprobar no tan sólo que no es un hospital de salud intercultural sino que, además, carece de todos los elementos que cabe incluir dentro del concepto de calidad de atención.

En primer lugar, destacar algo ya mencionado por la población aparece en las prácticas como uno de los factores que repercuten en una deficiente calidad de la atención: la presencia de los estudiantes de todas las profesiones médicas⁷. Estos estudiantes son los que terminan atendiendo buena parte de la demanda hospitalaria, en la mayor parte de los casos sin supervisión médica. Ésta es la causa y el motivo de las múltiples negligencias.

Cada mañana, entran en la sección de ginecología (sección que se supone es la más cuidada en los centros de salud intercultural) del hospital Bracamonte 25 estudiantes a examinar a las mujeres ingresadas, mujeres a las que se destapa a la vista de todos los observadores. Durante los dos últimos días de mi internación en el hospital se produjo una huelga de estudiantes motivada por problemas con la Universidad Autónoma Tomás Frías: el hospital quedó prácticamente vacío, con una sola enfermera

⁶ El departamento de Potosí cuenta con una población de 709.013 habitantes. Es uno de los departamentos donde la población rural supera a la urbana, ya que un 33,72% reside en las zonas urbanas y casi el doble 66,28% en las áreas rurales (INE, 2002).

⁷ Término donde englobaremos también a los internos y a los residentes. Existen dos tipos de residentes, aquellos que nada más terminar la carrera, hacen su especialidad (es decir, no han tenido el tiempo de procesar lo aprendido y de saber realizar la práctica) y aquellos que después de un tiempo de trabajo en la profesión deciden realizar la residencia. Esta distinción no parece afectar al funcionamiento de los mismos dentro de la institución hospitalaria.

a cargo de 20 camas, situación que hacía muy difícil poder solicitar algún tipo de atención.

Los estudiantes realizan funciones de todo tipo, desde las más sencillas a las más complejas, la mayoría de las veces, tal como hemos destacado, sin supervisión médica. Es evidente que en el hospital faltan ítems, una carencia a la que hay que añadir el problema derivado del hecho de que la mayoría de los médicos del hospital atienden también en sus consultorios privados. Con independencia de cómo se puede considerar esta circunstancia desde el punto de vista ético, el caso es que algunos médicos mandan a sus pacientes a su consultorio privado alegando que el quirófano está lleno, que deben esperar varios días, y un sinfín de artimañas recogidas en los relatos de los pacientes y de la población general de la ciudad. Es frecuente que algunos médicos, en el horario de su turno de trabajo en la salud pública, salgan a trabajar a sus consultorios privados. Es decir, que los médicos de la planilla desaparecen de vez en cuando del hospital, de forma que a menudo sea difícil encontrarlos y que resulte casi imposible que supervisen a los estudiantes.

La estructuración hospitalaria está diseñada de tal manera que convierte al personal sanitario en “insensible”. Robos de medicamentos guardados en los cajones de los pacientes para ser vendidos a otros pacientes, clavos que, requeridos para operaciones traumatológicas, no se utilizan en las mismas, peticiones excesivas de anestesia para ser usada posteriormente en consultorios privados, y todo esto se realiza delante de los estudiantes a los que se les enseña que así es la dinámica interna de los hospitales. Estas son solo algunas de las denuncias que han sido llevadas a cabo en este hospital, pero he podido obtener información muy parecida a través de pacientes de otros hospitales públicos de la zona andina.

En el sistema hospitalario, una vez que el médico ha recetado los medicamentos que deben ser administrados, el enfermo debe comprarlos en la farmacia del hospital y, dado que en muchas ocasiones no se dispone de ellos, hay que desplazarse a comprarlos a las farmacias de la ciudad. Hay que considerar que buena parte de los pacientes ingresados llega al hospital sin familiares ya que muchos proceden de la zona rural. Estas condiciones suponen que si un enfermo siente dolor durante la noche y no puede comprar el calmante, el personal nocturno, aunque el paciente grite toda la noche, no le

administre nada. Le dicen “*mamita cállate y mañana cuando te compren los medicamentos te lo ponemos*”⁸.

El hospital posee dos trabajadoras sociales, que trabajan exclusivamente de día. Ellas son las encargadas de suministrar a los enfermos sin recursos económicos los medicamentos, y de rebajar los precios del hospital o darlos gratuitos. En este hospital un gran porcentaje de enfermos no posee recursos económicos suficientes para pagar la internación. Esto hace que las trabajadoras sociales tengan demasiado trabajo y no puedan abastecer a todo el hospital.

A lo largo del día, los estudiantes suelen asumir también las tareas de las trabajadoras sociales (ir a comprar los medicamentos a la farmacia, etc.), pero, en cuanto llega la noche, ni los estudiantes ni nadie se responsabiliza, siendo habitualmente en ese horario cuando los enfermos padecen más molestias.

Las noches son “tierra de nadie”. Los médicos, enfermeros y residentes tienen sus cuartos para descansar. Desde el primer día que dormí en el hospital me sorprendió ver como los estudiantes del turno de noche dormían a nuestro lado, en las camas que quedaban libres. Los estudiantes hacían lo que habían aprendido de sus superiores, de los médicos, enfermeros y auxiliares: que las noches en el hospital son para dormir. Salvo en los casos en que hay partos de noche, el personal sanitario duerme. Atender a los pacientes ingresados, no se considera motivo suficiente para cumplir el turno despierto. Dado que éste es el sistema que impera en el hospital, las manuales tampoco quedan ausentes del sistema y también encuentran sus momentos para echarse en las camas vacías y dormir unas horas.

La función de las manuales es limpiar los cuartos, el baño, quirófano y de entregar la comida a los pacientes. La limpieza de los cuartos en el turno de noche es ilógica, el paciente y su recuperación parece ser lo que menos importa. Las manuales, que suelen entrar en los cuartos a hacer la limpieza a las tres y a las cinco de la madrugada, prenden la luz y se ponen a limpiar, hacen ruido, y no una vez sino dos, a lo largo de la noche. Los pacientes no pueden dormir, lo que aumenta el estrés por estar ingresados en el servicio hospitalario.

Las manuales suelen recoger las planas que quedan debajo de las camas. Una noche, a los tres días de mi operación, la bolsa de mi sonda nosogástrica -que se vieron

⁸ El horario de visitas en el hospital es restrictivo y no dejan que ningún pariente se quede a la noche con los enfermos, supongo que el motivo es poder dormir tranquilos sin que nadie los moleste, y no tener testigos de lo que ocurre a las noches en el hospital.

obligados a colocarme por una mala práctica médica- estaba ubicada en una plana en el suelo y la sonda en mi estómago. La manual que estaba de turno de noche, se despertó y se levantó de la cama que estaba a mi lado. No encendió la luz y en la penumbra pensó que la plana tenía otro tipo de residuos, la cogió y comenzó a llevársela, con mi cuerpo y mi grito detrás.

Cuando un enfermo no cuenta con parientes en la ciudad que se responsabilicen de las gestiones y de la compra de medicamentos, y cuando tampoco lo hacen las trabajadoras sociales, el paciente queda totalmente desprotegido, a expensas de la buena voluntad de los estudiantes. Son ellos los que se hacen cargo, muchas veces, de situaciones que nadie resuelve, pero esto también lleva a explicar el alto nivel de negligencias médicas.

Los partos son atendidos por los internos que se encuentran a cargo de los residentes- y tan sólo en el caso de una complicación se llama al médico (si se le encuentra).

Las únicas actuaciones que se realizan en el hospital y que podrían considerarse de adecuación cultural son las de dar la placenta⁹ a las mujeres que la piden y el permitir que los parientes de la parturienta le lleven comida tras el parto. Tan sólo un elemento permite denominar a este hospital como de salud intercultural, el hecho de contar con una recepción en la que se hablan los idiomas quechua y aymará. En la recepción –willaqkuna- se ofrece información en los idiomas de la mayoría de la población, pero este hecho no debería ser considerado un elemento de interculturalidad sino de sentido común.

Otra de las cuestiones referidas a la calidad de atención se remite a los diagnósticos que se realizan en base a los exámenes complementarios: rayos x, analíticas, etc. A partir de las dos de la tarde, en el hospital Bracamonte no se hacen ecografías ya que no hay especialista para realizarlas. A lo largo de mi permanencia en el hospital me realizaron 4 placas de pulmón que indicaban que mis pulmones estaban limpios. Sin embargo al llegar a la ciudad de la Paz, en un centro privado me detectaron un coaguló en el pulmón, provocado también por una mala práctica médica.

De igual forma, me sometieron a un sinnúmero de analíticas que, de manera sucesiva, ofrecían resultados diferentes y contradictorios: un día tenía infección, al siguiente los resultados eran perfectos y, un día después, registraban que tenía tifoidea.

⁹ En la cultura quechua y aymará el entierro de la placenta después del parto es importante para augurar un buen futuro al bebé recién nacido.

Resultados a los que ni los médicos prestaban atención. Todos estos incidentes demuestran que los hospitales públicos poseen problemas internos graves, referidos al funcionamiento de los recursos humanos y de los insumos, pero fundamentalmente relativos al cómo está estructurado el sistema hospitalario. Es este el contexto a partir del cual fueron pensados los centros de salud intercultural, a partir de una atención no resolutive.

¿De qué sirve las salas de adecuación al parto andino y los terapeutas tradicionales, si los insumos básicos y el personal calificado no están presentes en los centros? Ésta es la pregunta que, de manera reiterada, se formula la población que vive en las zonas donde se hallan los centros de salud intercultural, centros en donde son atendidos frecuentemente por internos y estudiantes. Como destacaba uno de los informantes: *“Que nos manden médicos de verdad, que no practiquen con nosotros”*. *“No somos el trabajo práctico de cualquiera, a nosotros no nos van a borrar las heridas y vamos de nuevo a empezar, son cosas que vamos a llevar toda nuestra vida”*. Como ya hemos mencionado, las situaciones de desigualdad y pobreza no aparecen tan sólo entre los grupos indígenas sino también entre el personal sanitario, ya que una parte importante del mismo pertenece a estos grupos. Razón por la cual se deberían realizar investigaciones que estudien no la interculturalidad sino las diferencias y desigualdades. El factor que impide una relación adecuada entre el personal sanitario y el paciente tiene que ver con las diferencias de relaciones de clase social y de carácter ideológico, y no exclusivamente con las culturales. En este sentido, compartimos con Menéndez (2006) que estos aspectos deben ser investigados.

Ante la propuesta de los residentes SAFICIS¹⁰, del Modelo de Salud Familiar Comunitario e Intercultural, que señala al médico como líder de la comunidad -para realizar todas las gestiones necesarias en torno al ámbito de la salud, incluidas las de investigación, saneamiento de aguas, etc.- y como protagonista capaz de “coadyuvar a la reconstrucción del poder local de las comunidades” (Ministerio de Salud y Deportes, 2008: 9), la pregunta pendiente en el debate es: ¿Quién va a atender el centro de salud mientras estos médicos se dedican a gestar iniciativas de la comunidad?. El eje, por tanto, vuelve a ponerse en la dispersión, con el resultado de que los centros quedan sin personal cualificado para la atención.

¹⁰ Actualmente hay “143 médicos residentes de SAFICIS en 143 puestos de salud” (Ministerio de Salud y Deportes, 2008:10)

Otra consideración que debe someterse a debate hace referencia a la religión evangélica, con un número de adeptos cada vez más numeroso en el país. Los evangélicos (algunas denominaciones son más flexibles que otras) se muestran en desacuerdo con la diversas medicinas tradicionales. De ahí que haya que reflexionar muy seriamente sobre la incorporación de terapeutas tradicionales como estrategia para que acuda más población a los centros; en las zonas donde la población evangélica es numerosa esta estrategia puede repercutir en un rechazo a los servicios de salud.

Tener en cuenta los aspectos culturales es importante para entender al “otro”. Y con un mejor entendimiento del “otro” puede existir una mejor relación entre el personal sanitario y el paciente. Pero la salud pública boliviana no puede mejorar con tan sólo el conocimiento -mediante todo tipo de capacitaciones, cursos, postgrados¹¹, etc.-, es necesaria la implementación paralela de cambios estructurales que incidan en una reforma interna de los servicios de salud y que éstos se centren en la mejora de los recursos humanos¹².

Las condiciones de la interculturalidad

Hemos podido ver como el concepto de interculturalidad, aparece opuesto al de etnicidad, entendida esta como identidad en acción, como la acción política de lo étnico (Bartolomé, 1997). El concepto aparece como forma de dominación social desde el Estado, a través de un discurso apaciguador y reconocedor de las diferencias. Surge como estrategia para neutralizar el conflicto étnico entre sujetos y grupos diferentes: los homogeniza en un imaginario en el que no existe el conflicto social. Como afirma Walsh (2007), cuando el discurso es asumido por el Estado o por organizaciones de desarrollo el concepto se debilita desde los movimientos indígenas.

Este concepto es asumido también por los sectores indígenas subalternos como propuesta referida a su ubicación en el mismo espacio de igualdad que los otros grupos dentro de la sociedad mayoritaria. Por un lado, esta propuesta desde los grupos subalternos aparece como forma de resistencia a un modelo médico maltratador, tanto en término corporales como ideológicos. Por otro, los discursos indígenas de ciertos líderes políticos y espirituales pertenecientes a grupos étnicos quechuas, aymarás y, en

¹¹ Los postgrados de “salud intercultural”, además de cambiar su nombre deberían ser dirigidos y asesorados por profesionales de ciencias sociales que posean una visión integral y no dual.

¹² Véase: Ramírez Hita (2009)

menor medida, determinados grupos de la Amazonía y El Chaco, han incorporado y asumido el concepto. Pero hay que tener en cuenta que uno de los factores que han influido en la extensión de esta reivindicación han sido las agencias de desarrollo y ONGs, para las que deben existir determinadas categorías en los proyectos -pobreza, participación social, género y, desde hace unos años, interculturalidad- si se pretende acceder a financiamiento.

Es interesante recordar como, refiriéndose al caso de la pobreza, Menéndez indica que conceptos como este son “usados por quienes elaboran y aplican acciones respecto de los pobres y, por supuesto, por los propios pobres que, entre otras cosas, tienen que demostrar que son pobres para recibir los apoyos de los programas contra la pobreza” (Menéndez, 2002: 253). Lo mismo ocurre con los conceptos de interculturalidad y salud intercultural.

Actualmente, el concepto de interculturalidad ha sido asumido como reivindicación política por parte de las poblaciones indígenas del país¹³. No podemos dejar de apuntar que se trata de un concepto que, hasta el momento, no ha influido en una mejora de la calidad de atención en los centros y hospitales ni en la introducción de cambios epidemiológicos. Es un modelo externo, que introdujo la cooperación internacional, y que hoy el Ministerio intenta consensuar con la población, las comunidades y el personal sanitario. Se promueve que el programa o propuesta se acepte por la población, a través de talleres, a mujeres, parteras, “médicos tradicionales” y personal sanitario.

En este contexto histórico, consideramos que las categorías que nos sirven para analizar teóricamente las condiciones de interculturalidad son las de integración y desarrollo, como parte de una más amplia: la de la globalización. Estas categorías se expresan en los conceptos de hegemonía/subalternidad, que no son reconocidos dentro del de interculturalidad (que se ha generalizado) y, sin embargo, son las que le dan sentido y significado. Las categorías mencionadas nos sirven para analizar las transacciones existentes entre el Estado¹⁴, los servicios de salud y la población (entendida como diversidad de grupos étnicos y poblaciones mixtas). La integración que se propone desde la biomedicina y el Estado implica el abandono de lo tradicional.

¹³ Véase: Plan Estratégico de Salud Indígena 2008-2010. CIDOB, CNIS. Bolivia, 2008.

¹⁴ El análisis del Estado, en el caso boliviano, no puede ser separado de la cooperación internacional, ONGs y agencias de desarrollo que influyen tanto financiera como técnicamente en la planificación de estrategias de intervención en el campo de la salud.

La globalización reconoce la diversidad pero, a su vez, propone su homogeneización en aras a una supuesta convivencia armónica dentro de un mundo global. Para conseguir la pertenencia a ese mundo armónico, la integración de todas las culturas y de los grupos sociales diversos debe realizarse a través de una misma lógica interna de avance, de “progreso”; siempre considerada desde una perspectiva exclusiva, referida a un modelo económico, político e ideológico determinado. Es a partir de la integración en la sociedad mayoritaria y del desarrollo de los grupos sociales y culturales que se podrá conseguir paliar la pobreza y también, como uno de sus indicadores, la salud de todas las poblaciones que viven en el país. Sin embargo, uno de los problemas es que el desarrollo es entendido dentro de la teoría de la modernización cuyos referentes no son los propios sino los países centrales capitalistas¹⁵. “El proceso de globalización aparece impulsado funcionalmente desde el proyecto neoliberal como continuidad del proceso histórico de expansión capitalista” (Menéndez, 2002:99)

Estas categorías se expresan, en el plano empírico, en los programas de las agencias de desarrollo, ONGs y Estado. Se convierten así en impulsoras de la única forma de entender la “modernidad” y el “progreso” y de iniciativas de transformación basadas en supuestos que se justifican en la única forma de ver y entender el mundo. Se aceptan las diferencias pero, al mismo tiempo, se procede a transformar aquellos elementos que se consideran perjudiciales dentro de las culturas o grupos sociales; todo ello con el interés de conseguir aquello que se valora como “desarrollo”, “progreso”, “modernización”. En términos de salud, se concreta en la mejora de los índices epidemiológicos y, en el caso de la educación, en transformar las culturas propias mediante las globales. Como parte de este discurso, en el caso de la salud, se incorpora el concepto de salud intercultural que, a su vez, asume la categoría indígena, entendida ésta de forma casi exclusiva bajo un criterio homogenizador.

El discurso de salud intercultural promovido desde la sociedad dominante (Estado, agencias de desarrollo, ONGs) tiene en cuenta tan solo a ciertos grupos indígenas y a los servicios de salud; mientras que ignora en su discurso a los mestizos, criollos y descarta los restantes grupos étnicos. De manera que todos estos grupos, aun cuando viven en el país, no pueden formar parte del proceso de constitución del proceso de salud intercultural. De la misma manera, se excluye la diversidad de formas de

¹⁵ Estos procesos globalizadores han sido analizados críticamente, aunque con distintos énfasis, por Appadurai (2001), Castells (1998) o Gracia Canclini (1999), entre otros.

atención a la salud. Solo los indígenas¹⁶ parecen formar parte del Estado boliviano actual, entendida la categoría de indígena “como sujeto social que practica sus tradiciones ancestrales”, “como originario”, pero donde en la definición únicamente se enfatiza la dimensión simbólica de la cultura localizada en un espacio temporal y territorial. Uno de los grandes problemas es que la categoría de indígena (desde el Estado, cooperaciones, ONGs y agencias de desarrollo) es prácticamente asimilada a la de pobreza, se hacen equivalentes, de manera que se sitúa más en el ámbito de las diferencias culturales que en el de las desigualdades socioeconómicas (Farmer, 1996; Menéndez, 2002).

En el análisis de la interculturalidad en salud están ausentes las relaciones dentro de las cuales las subjetividades se desarrollan. Se ignoran, por tanto, cuestiones de tanta trascendencia como la violencia, el racismo y las desigualdades que están institucionalizadas en el funcionamiento de la estructura sanitaria boliviana (universidades, Servicios Departamentales de Salud, Ministerio de Salud) y muy concretamente, en las prácticas que se ejercen en los servicios de salud. Al proceso de reapropiación del significado del concepto de interculturalidad le ha seguido el de su difusión masiva entre la población. La interculturalidad no fue asumida como un concepto provisorio que necesitaba ser contrastado y probado, sino que fue aceptada como una realidad en sí misma¹⁷.

Sin embargo, se trata de un concepto que actúa como desestructurador de los mecanismos internos de cohesión de las medicinas tradicionales indígenas, medicinas que están vinculadas a la religión. Al transformar la estructura de las medicinas tradicionales se erosiona, asimismo, la base religiosa en la que se apoyan y, consecuentemente, se incide en una transformación y en la desestabilización de los sistemas ideológicos propios. Hay que considerar que lo que caracteriza a los terapeutas tradicionales es su no institucionalización, es decir, el carácter informal de su trabajo. Son los responsables, entre otras funciones, de la cohesión grupal de la comunidad y de ejercer como líderes espirituales. Una función que es mucho más amplia que la que se les reconoce cuando son incorporados a los servicios de salud.

¹⁶ En la Nueva Constitución Política del Estado se define al indígena como “Es nación y pueblo indígena originario campesino toda la colectividad humana que comparte identidad cultural, idioma, tradición histórica, territorialidad y cosmovisión, cuya existencia es anterior a la invasión colonial española” (2008: Artículo 30).

¹⁷ Hay que tener en cuenta que la difusión masiva del concepto ha sido llevada a cabo a través de múltiples talleres de capacitación (realizados por ONGs, agencias de desarrollo y el propio Estado) sobre lo que significa interculturalidad, sin claridad en cuanto a lo que implica el término. Talleres realizados por formadores escasamente capacitados que, a su vez, han formado a otros y así sucesivamente.

Nos encontramos entonces ante un concepto que aparece no tan solo como aculturador, en la teoría y en la práctica, sino también -en el caso analizado- como desestabilizador de la medicina tradicional y de la religión andina. Es la consecuencia de situar el eje de la interculturalidad en los fenómenos culturales aisladamente considerados y de su incorporación a los servicios de salud, a la estructura sanitaria dominante. Estructura que, en Bolivia, necesitaría ser seriamente replanteada.

Los terapeutas tradicionales se han incorporado al funcionamiento de los servicios de salud pero, al cumplir funciones diferentes a las que realizan en su comunidad, se han visto reducidos a posiciones de subalternidad frente al personal sanitario. Una situación que contrasta con la que viven en el espacio propio de ejercicio en las comunidades, donde ocupan roles hegemónicos y cuentan con prestigio social. Al interior de los servicios de salud, por el contrario, son subalternizados frente a los representantes de la biomedicina. Hay que apuntar, en cualquier caso, que el terapeuta tradicional, dedicado anteriormente a la atención exclusiva de su comunidad, hoy reivindica, desde su identidad, un lugar específico y propio dentro de la estructura social y cultural. Las asociaciones de terapeutas tradicionales demandan en la actualidad formar parte de los servicios de salud y ser remunerados por el Estado como los profesionales médicos.

Como destaca Knipper (2006), es necesario advertir del peligro implícito en la incorporación de las “medicinas indígenas”, a lo que la OPS/OMS ha denominado Medicinas Alternativas y Complementarias. Por un lado, esta inclusión supone pensar en las medicinas indígenas como complemento de la biomédica, sin dejar espacio a la diversidad. Por otro, resta libertad para que los procesos de avance en la salud puedan ser diferentes en las diversas culturas. Consideramos que los sectores indígenas deberían valorar los riesgos asociados a su incorporación a los servicios de salud. Su integración no garantiza una mejora de los servicios médicos y, sin embargo, los sitúa en un plano de conformismo frente a la ineficiencia de la actual estructura sanitaria. Como plantea Viañas (Viañas, 2008: 331) “La llamada interculturalidad no es más que una manera de reorganizar y profundizar en el mecanismo de inclusión subordinada que profundizan y refuerzan los múltiples mecanismos de dominación, pero poniendo en escena una simulación moderna que cumple la función política de apaciguar, desorientar, desorganizar y silenciar a los sujetos colectivos (movimientos sociales y movimiento indígena) que en más de una década en Latinoamérica no han parado de avanzar hacia una transformación profunda”. Un planteamiento que sugiere que lo que

debe ser investigado críticamente es la matriz básica del concepto de cultura del capitalismo actual. Por lo que el concepto de interculturalidad tan solo ha servido para disfrazar las condiciones de desigualdad en la salud pública boliviana.

Bibliografía

Appadurai, A

2001. [1996] *La modernidad desbordada. Dimensiones culturales de la globalización*. México: Trilce- FCE.

Bartolomé, Miguel

1997. *Gente de costumbres y gente de razón. Las identidades étnicas en México*. México: Instituto Nacional Indigenista, Siglo XXI editores.

Campos Roberto y Citarella Luca

2004. "Willaqkuna. Un programa de formación en salud intercultural en Bolivia". En: Fernández, Gerardo (comp.) *Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas Antropológicas*. Quito: ABYA YALA, BOLIHISPANA, UCLM. Pp 93-106.

Castells, M

1998. "El poder de la identidad", Vol. 2 de *La era de la información. Economía, sociedad y cultura*. Madrid: Alianza Editorial

Cardoso de Oliveira, Roberto

1992. *Etnicidad y Estructura Social*. Colección M. O. Mendizábal. México: CIESAS.

García Canclini, Nestor

1999. *La globalización imaginada*. Buenos Aires-México-Barcelona: Editorial Paidós.

Good Byron.

2003. *Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica*. Barcelona: Edicions Bellaterra.

Farmer, Paul

1996. "On suffering and structural violence: a view from below". En: *Daedalus*, Vol. 125, N° 1, pp. 260-283.

Fernández, Gerardo (comp.)

2006. *Salud e Interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural*. Quito: ABYA-YALA, UCLM, AEI.

Fernández, Gerardo (comp.)

2004. *Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas Antropológicas*. Quito: ABYA YALA, BOLIHISPANA, UCLM.

Instituto Nacional de Estadística

2002. *Potosí. Resultados Departamentales del Censo de Población y Vivienda*. La Paz: INE

Kleinman, Arthur

1980. *Patients and Healers in the Context of Culture*. Berkeley: University of California Press.

Knipper Michael

2006. “El reto de la “medicina intercultural” y la historia de la “medicina tradicional” indígena contemporánea”. En: Fernández Gerardo (comp.) *Salud e interculturalidad en América latina. Antropología de la salud y crítica intercultural*. Quito: ABYA YALA, UCLM, AEI. Pp 413-432.

Menéndez, Eduardo

2006. “Interculturalidad, ‘diferencias’ y Antropología ‘at home’”. Algunas cuestiones metodológicas” En: Fernández Gerardo (comp.) *Salud e interculturalidad en América latina. Antropología de la salud y crítica intercultural*. Quito: ABYA YALA, UCLM, AEI. Pp 51-65

Menéndez, Eduardo

2002. *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencia y racismo*. Barcelona: Editorial Bellaterra.

Menéndez, Eduardo

1987. *Medicina tradicional, atención primaria y la problemática del alcoholismo*. México: Editorial Casa Chata.

Menéndez, Eduardo

1981. *Poder, estatificación y salud*. México: Ediciones Casa Chata.

Ministerio de Salud y Deportes

2008. *Modelo Sanitario Salud Familiar Comunitaria Intercultural*. Bolivia: Documento publicado por el Ministerio de Salud y Deportes.

Ministerio de Salud y Deportes

2007a. *Modelo de Salud Familiar Comunitario Intercultural*. Bolivia: Documento publicado por de Ministerio de salud y Deportes.

Ministerio de Salud y Deportes

2007b. *El enfoque intercultural en la atención de la salud materna: Un avance para las políticas públicas de salud*. Serie documentos de investigación 2. La Paz: Ministerio de Salud y Deportes.

Organización Panamericana de la Salud

2003. *Armonización de los Sistemas de Salud Indígenas y el Sistema de Salud de las Américas. Lineamientos Estratégicos para la incorporación de las Perspectivas, Medicinas y Terapias Indígenas en la Atención Primaria de la Salud*. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. OPS/OMS

Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud.

s.f. *La Salud de los pueblos indígenas de las Américas. Conceptos, estrategias, prácticas y desafíos*. Área de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental. Área de

Tecnología y Prestación de Servicios de Salud. Iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas. Quito: OPS/OMS, s.f.

Pérez, Rosario y Fuertes, Azucena

2007. *Encuentro de dos: La biomedicina y la medicina tradicional en Tinguipaya*. La Paz: Cooperazione Italiana, COOPI.

Ramírez Hita, Susana

2009. *Calidad de atención en salud. Prácticas y representaciones sociales de las poblaciones quechuas y aymarás del altiplano boliviano*. La Paz: OPS/OMS (en prensa)

Ramírez Hita, Susana

2005. *Donde el viento llega cansado. Sistemas y prácticas de salud de la ciudad de Potosí*. La Paz: Cooperazione Italiana.

Ramírez Hita, Susana

2006. “La interculturalidad sin todos sus agentes sociales. El problema de la salud Intercultural en Bolivia” En: Fernández, Gerardo (comp.) *Salud e Interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural*. Quito: ABYA-YALA, UCLM, AECI. Pp. 405-412.

Royder, Ricardo y Angeloni Mauricio

2007. *Estándares e indicadores de Calidad de Atención con enfoque Intercultural para centros de Salud de Primer nivel*. La Paz: Cooperazione Italiana.

Viañas, Jorge

2008. “Reconceptualizando la interculturalidad”. En: Comp Mora, D. y De Alarcón, S. *Investigar y Transformar. Reflexiones sociocríticas para pensar la educación*. La Paz: Instituto Internacional de Integración. Pp 293-343.

Walsh, Catherine

2007. “Interculturalidad y colonialidad del poder. Un pensamiento y posicionamiento otro desde la diferencia colonial”. En: Comp Saavedra, J. L. *Educación superior, interculturalidad y descolonización*. Bolivia: PIEB. Pp 175-213.