

APORTES PARA LA CONSTRUCCIÓN DE UNA
SALUD INTERCULTURAL
EN EL
ÁMBITO AMAZÓNICO





APORTES PARA LA CONSTRUCCIÓN DE UNA
SALUD INTERCULTURAL
EN EL
ÁMBITO AMAZÓNICO





Aportes para la construcción de una SALUD INTERCULTURAL en el **ÁMBITO AMAZÓNICO**

Fecha: enero 2021

@Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza

Calle Las Palomas Nro. 430 Urb. Limatambo, Surquillo, Lima-Perú

Teléfono: 511- 442-9003

www.mesadeconcertacion.org.pe

El contenido de esta publicación ha sido elaborado por:

Ismael Vega, *director del Centro Amazónico de Antropología y Aplicación Práctica - CAAAP*

Alfonso Gushiken, *profesor de la Universidad Peruana Cayetano Heredia - UPCH*

Carmen Yon, *profesora de la Pontificia Universidad Católica del Perú - PUCP y la Universidad Nacional Mayor de San Marcos - UNMSM*

María Elena Planas, *profesora visitante de la Universidad Peruana Cayetano Heredia - UPCH*

Leslie Villapolo, *especialista del Centro Amazónico de Antropología y Aplicación Práctica - CAAAP*

La publicación ha contado con los aportes del

Centro Amazónico de Antropología y Aplicación Práctica - CAAAP para fines de edición.

Coordinación del documento: Federico Arnillas Lafert- *Presidente de la MCLCP,*

Alejandro Laos-*Equipo MCLCP,* Wendy Albán –*Equipo MCLCP,*

Claudia Gonzáles del Valle –*Asesora Principal del Programa Buena Gobernanza-GIZ,*

Rosana Vargas -*Asesora Senior del Programa de Buena Gobernanza-GIZ*

Diseño gráfico y diagramación: www.digitalworldperu.com

Fotografía carátula y contracarátula: Freepik

La publicación de este documento ha sido posible gracias al apoyo de la cooperación alemana para el desarrollo, implementada por la Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH a través del Programa Buena Gobernanza y el apoyo de la Unión Europea. El contenido de esta publicación es responsabilidad exclusiva de los autores y no refleja necesariamente la opinión de la Unión Europea, la Cooperación Alemana implementada por la GIZ, ni de la Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza (MCLCP).



Presentación

Somos un país plural y diverso, un país de problemas y posibilidades como diría el maestro Basadre. Nuestra Amazonía es quizá la región más característica de esto. Sus múltiples problemas son los que menos atención reciben de nuestras políticas públicas y eso limita en gran medida sus posibilidades.

Ello nos plantea grandes retos para apoyar a que su población sea parte del desarrollo integral del país, asumiendo sus diversidades naturales y sociales, pero más que nada la integración de su mayoritaria población originaria, mediante el reconocimiento de sus derechos y sus culturas tantas veces postergados.

Tenemos un reto ético para lograr políticas públicas de calidad que efectivamente contribuyan a la superación de la pobreza amazónica. Para ello es clave avanzar hacia un diálogo intercultural que nos permita - horizontalmente - encontrar soluciones conjuntas a esos problemas y también reconocer que hemos hecho mal algunas cosas. Más aún cuando la pandemia ha incrementado los problemas en el ámbito amazónico y -conjuntamente con todo el país- no tenemos derroteros claros para el control y recuperación ante sus graves impactos. Es necesario redoblar los múltiples desafíos para avanzar en igualdad y vida digna para todas las personas, con diversas miradas y desde diferentes disciplinas.

En este marco, los trabajos en la presente publicación tratan las preocupaciones que tenemos sobre la salud, desafiándonos a reconocer la diversidad de soluciones que nos plantean las realidades amazónicas y reconociendo que todos debemos tener los mismos derechos garantizados, sin importar la región donde vivamos. Debemos recuperar el equilibrio entre población y naturaleza para generar el bienestar necesario para todas las personas.

Asimismo, la publicación analiza los retos que enfrentamos en la Amazonía para la prestación de los servicios de salud con el enfoque de interculturalidad. Incluye conclusiones y recomendaciones.

Desde la Mesa siempre estaremos atentos a los esfuerzos de los sectores del Estado, la Sociedad Civil y la Cooperación Internacional por avanzar en la búsqueda de soluciones a los grandes problemas que afectan el desarrollo de nuestra población e impiden el cierre de las brechas que generan costos humanos irreparables en su salud. Por lo que consideramos un valioso aporte el conjunto de reflexiones y propuestas que se presentan en el texto, que estamos seguros contribuirán a mejorar las intervenciones públicas en el ámbito amazónico.

Nuestro agradecimiento en este sentido a los autores y especialmente a la GIZ y a la Unión Europea, que han prestado su amplia colaboración para lograr esta valiosa publicación.

Federico Arnillas Lafert,
Presidente de la Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza.



Contenido

Introducción

Ismael Vega

Pag.
6

1

Sensibilización en interculturalidad con proveedores de servicios de salud: una experiencia en el ámbito amazónico

Alfonso Gushiken

Pag.
16

2

Desafíos para la provisión de servicios de salud infantil en el Datem del Maraón desde un enfoque de los determinantes sociales

María Elena Planas y Carmen Yon

Pag.
68

3

Construyendo condiciones para el diálogo intercultural: aprendizajes y desafíos desde la experiencia de encuentros entre gobiernos regionales y organizaciones indígenas para la mejora de servicios de salud infantil

Leslie Villapolo Herrera

Pag.
150

Introducción

La construcción de los Estados Nacionales, cuyo itinerario comienza en las primeras décadas del siglo XIX, fue producto de un largo proceso de dominación basado en la exclusión y la discriminación étnica, e inspirado en las ideas liberales y civilizatorias predominantes en la época.

Después de la independencia del Perú en 1821, y con el nacimiento de la República, se crea una Constitución Política que propone una nueva convivencia social, a partir de los ideales de libertad e igualdad ante la ley de todos los peruanos. Sin embargo, la propuesta de homogenizar a los peruanos frente a la ley, asumiendo la oferta civilizatoria occidental, tenía como condición la invisibilización de las diferencias y de la diversidad étnico-cultural.

La élite criolla llamada a gobernar el país, enfrascada en disputas caudillistas por el poder, no sólo fue incapaz de hacerlo; tampoco pudo imaginar una sociedad que incluyera a todos los grupos y sectores sociales que vivían dentro de sus fronteras, es decir un país donde también se encuentren los indígenas con sus propias culturas y cosmovisiones. La nueva Constitución Política expresaba este imaginario excluyente, en el que no existían pueblos indígenas y todos eran ciudadanos.

La relación entre el Estado y los pueblos indígenas, ha sido y sigue siendo una relación marcada en gran medida por la confrontación y los conflictos. Próximos al Bicentenario de la Independencia, es necesario reconocer que se han producido importantes transformaciones en el escenario nacional, en las características y capacidades de los actores y en la forma como se relacionan; sin embargo, aún estamos lejos de ser un país donde la relación entre el Estado y los pueblos indígenas esté basada en un auténtico diálogo intercultural.

Las transformaciones y los avances no han podido terminar con el afán hegemónico y colonial de imponer una sola forma de entender el mundo y el desarrollo. Si bien los indígenas y sus organizaciones han logrado



visibilizar y posicionar sus agendas políticas y el Estado se ha visto en la obligación de tomarlos en cuenta en sus políticas, lo cierto es que persiste un núcleo duro en nuestro imaginario colectivo que se resiste a asumir y construir relaciones en un marco de interculturalidad que se expresen en el reconocimiento, la valoración y la participación de los pueblos indígenas en los espacios de deliberación política. Esto se hace más complicado en un país donde el modelo de desarrollo que se viene implementando a lo largo de las tres últimas décadas, ha optado casi exclusivamente por el crecimiento económico, dejando en un segundo plano los derechos de los pueblos indígenas.

En este contexto, la Cooperación Alemana implementada por la GIZ en cofinanciamiento con la Unión Europea, implementó un proyecto de cooperación técnica complementario al Apoyo Presupuestario a la Estrategia Nacional de Desarrollo e Inclusión Social (AP ENDIS)¹ en el ámbito amazónico, que a partir del abordaje de la problemática de la salud en las comunidades nativas amazónicas, buscó contribuir a transformar las tensas y muchas veces conflictivas relaciones entre el Estado y los pueblos indígenas para dar paso a un proceso que construya nuevas relaciones basadas en el diálogo intercultural.

SENSIBILIZAR, DERRUMBAR BARRERAS Y CONSTRUIR INTERCULTURALIDAD



Si bien la interculturalidad es una apuesta por cambios globales de fondo en la organización y funcionamiento del Estado y la sociedad en general, es en los espacios locales donde se pueden implementar experiencias que desatan procesos interculturales que se expresan en los servicios públicos de salud en las localidades. Sin duda, esto era impensable hasta hace pocas décadas, porque el sistema de salud era absolutamente monocultural y no había lugar para pensar que algo se podía aprender de los indígenas. Para la mayoría de los funcionarios y servidores públicos, los pueblos y comunidades indígenas eran parte de un estadio inferior de la civilización, que tenían que abandonar sus prácticas, incluidas las de salud, como condición para sobrevivir.

1. El Convenio de Financiación "Programa de Apoyo a la Estrategia Nacional de Desarrollo e Inclusión Social" (AP ENDIS), firmado entre el Perú y la Unión Europea en el año 2016, tiene el objetivo de impulsar la implementación de la Política Nacional de Desarrollo e Inclusión Social (PNDIS), incentivando a los gobiernos regionales de 5 departamentos de ámbito amazónico a mejorar los resultados de sus intervenciones sobre la base de una gestión articulada y eficiente del Estado, en beneficio de la población amazónica. Para ello, transfiere recursos adicionales a los gobiernos regionales priorizados, condicionados al cumplimiento de metas de cobertura y compromisos de gestión para mejorar la provisión de servicios públicos en su ámbito territorial.



La experiencia que nos presenta Alfonso Gushiken demuestra que para desatar procesos interculturales a partir de los servicios de salud a nivel local es necesario plantear metodologías creativas como el método AMATE, que emplea el arte como herramienta, y que usó en los talleres con proveedores de servicios de salud en el ámbito amazónico, tal como describe en el artículo “Sensibilización en interculturalidad con proveedores de servicios de salud: una experiencia en el ámbito amazónico”.

Romper con arquetipos de relación basados en la imposición y el no diálogo requiere la creación de espacios que faciliten la expresión de pensamientos, sentimientos y prácticas que puedan ser enriquecidos en clave intercultural para que los servidores públicos se sensibilicen sobre la importancia de tomar en cuenta la perspectiva del otro –el enfoque intercultural– en la prestación de atención en salud, nutrición y cuidado infantil. El respeto de las diferencias, la promoción del diálogo y la búsqueda de acuerdos constituyen el telón de fondo para compartir y complementar visiones, prácticas y conocimientos sobre la salud, la enfermedad y las formas de atenderla. Sin duda, los talleres de sensibilización no solo se basaron en un enfoque intercultural, ya que esto no es posible sin tener en el centro de la reflexión los derechos humanos y la igualdad de género.

El esfuerzo por construir interculturalidad implica necesariamente poner en cuestión categorías o conceptos oficiales como la salud. Los talleres de sensibilización brindaron insumos importantes no solo para cuestionarlos sino también para enriquecerlos desde las experiencias de los servidores públicos de salud de Loreto, Ucayali, Amazonas y San Martín en las que “alimentación adecuada”, “vivir sin violencia ni brujería”, “libertad y sentirse bien”, “equilibrio con la naturaleza”, “respeto al territorio”, etc., expresan formas de entender la salud. Estos aportes pueden hacer que el concepto de salud sea más intercultural; así salud “es estar y sentirse bien con el medio que nos rodea”, que implica, “tener buenas relaciones con todos los miembros de la comunidad”, “buen equilibrio con la naturaleza, si no existe respeto hacia el territorio, hacia la naturaleza, también no es salud para nosotros”. Estos aportes le dan a la salud una perspectiva intercultural que debería expresarse en cambios efectivos en los servicios públicos relacionados con la atención a la salud.

Dos aspectos importantes surgen de los talleres realizados. Uno de ellos es que los servidores de la salud tienen una representación social de los indígenas fuertemente vinculada al territorio. Esto es muy importante pues como sabemos, el territorio es el eje central en la vida los pueblos indígenas, alrededor del cual se estructura la economía, la cultura, la vida política y su organización social. El otro aspecto que también surge en los talleres es el reconocimiento de que la medicina occidental



no puede resolver todos los problemas de salud y que es necesario mirar con respeto las prácticas de curación de los indígenas y considerarlas como una contribución y no un obstáculo:



...hay enfermedades que no pueden ser curadas por ella [la medicina occidental]", en cambio sí por la medicina tradicional, por ejemplo, "mal de ojo, mal aire, susto, todo eso, e incluso las hechicerías. [...] Y muchas veces, los pacientes van a los establecimientos de salud. Y la medicina convencional lo único que hace es empeorar a este paciente.

Sin embargo, resulta preocupante constatar que el personal de salud que participó en los talleres considera que los indígenas no entienden las indicaciones que les explican para mejorar su salud y que están acostumbrados a que todo se les dé gratuitamente. En este caso, no encontramos empatía ni esfuerzo por entender esta situación más allá de culpar al bajo nivel educativo y la supuesta pasividad u ociosidad de los indígenas. Esta representación colonialista de los indígenas por parte de los servidores públicos se agrava cuando afirman que en la actualidad ya no existen los "indígenas puros": "si tú vas a la zona de Morón del Huampis, el achuar ya es un..., totalmente, casi civilizado". Desde su punto de vista, esto explica por qué todos los indígenas aceptan la vacuna y acuden a los establecimientos de salud.

Los talleres de sensibilización confirman que lo intercultural es un campo de tensión, un proceso aún incipiente y con muchas ambigüedades, con avances y retrocesos, afirmaciones y negaciones, reconocimientos y discriminaciones. No estamos frente a un proceso simple ni lineal, por eso no sorprende que los servidores públicos, que representan al Estado en las zonas donde se llevaron a cabo los talleres, tengan estas representaciones y formas de relacionarse con los indígenas. Aún estamos muy lejos de una relación intercultural, pero precisamente por esto es necesario sensibilizar para abrir espacios de diálogo donde se pueda ir derrumbando las barreras que impiden la construcción de un diálogo intercultural.

LOS DETERMINANTES SOCIALES EN LOS SERVICIOS DE SALUD INFANTIL



Entender la salud como producto de un orden social directamente moldeado por desigualdades estructurales que se expresan en la situación de la salud, la enfermedad y los servicios de atención, es el punto de partida que nos proponen Carmen Yon y Mariela Planas en su "Desafíos para la provisión de servicios de salud infantil en el Datem del Maraón desde un enfoque de los determinantes sociales".



El estudio plantea la necesidad de comprender el problema y los servicios de atención de la salud en Datem del Maraón en la región Loreto, desde una perspectiva que asuma la interculturalidad como una dimensión importante, pero insuficiente si no se tiene en cuenta su complejidad. Frente a esto plantean una perspectiva multidimensional que incluye la cultura de los servidores públicos, la relación con las usuarias, las agencias morales, normas y valores culturales.

Los esfuerzos del Estado por atender las demandas de atención a la salud de los pueblos indígenas amazónicos han sido importantes en los últimos años. Sin embargo, como advierte el estudio, dichos esfuerzos han seguido una ruta guiada fundamentalmente por el afán de adecuar desde una perspectiva intercultural los servicios de salud, que se expresa en la estrategia y la política de salud intercultural del Estado. No obstante, no basta hacer que los servicios de salud tengan pertinencia cultural, sin duda estamos ante una situación más compleja que exige tomar en cuenta las fuertes debilidades que tiene un sistema de salud tan precario como el de las zonas rurales de la Amazonía. La pandemia del COVID-19 ha evidenciado claramente que esta precariedad del sistema puede ser tan o más peligrosa que la misma pandemia. La interculturalidad es solo una dimensión; si la solución de los problemas de salud de los pueblos indígenas se limitara a contar con servicios pertinentes culturalmente, entonces “se estaría asumiendo que la salud de los pueblos indígenas depende principalmente de los desencuentros culturales que se dan en la relación con los servicios de salud, dejando de lado otras limitaciones de la oferta de salud, así como las condiciones sociales que contribuyen a la producción de las enfermedades y dificultan la recuperación”.

Otro aspecto destacable del estudio está relacionado con la interculturalidad como concepto y enfoque y como éstos se deben traducir en un conjunto de acciones. Las autoras nos proponen entender la interculturalidad desde una perspectiva crítica y desde la antropología médica crítica, como un camino para entender los límites de las políticas públicas y evitar que estas la terminen instrumentalizando bajo el discurso de la búsqueda de una relación intercultural. Partir del reconocimiento de las históricas relaciones asimétricas que colocan a los indígenas como pertenecientes a un estadio inferior de la civilización occidental dominante, resulta clave para formular e implementar políticas públicas con perspectiva intercultural, especialmente en el sector salud.

La salud no puede entenderse desligada de la historia de exclusión y discriminación sobre la que se ha construido la ciudadanía en el país, que ha dado lugar a un orden social de desigualdad con problemas estructurales pendientes de resolver y que se expresan en



determinantes sociales que configuran la situación de salud de las personas. Estamos hablando de cosas tan básicas como la no disponibilidad y acceso al agua apta para el consumo humano o la inseguridad alimentaria. Todo esto se hace más complejo, si se suman otros factores presentes en zonas de alta vulnerabilidad como Datem del Marañón, que tienen que ver con la organización social, como el cuidado infantil en un escenario donde predomina la monoparentalidad por la existencia de madres solas y abandonadas, la no complementariedad de género, el alto índice de embarazo adolescente, violencia familiar, alcoholismo, migración por trabajo y mestizaje asimétrico.

El marco descrito permite entender mejor cómo funciona el sistema y las características del servicio de control de crecimiento y desarrollo del niño y la niña (CRED), que presenta matices distintos en función de si este es brindado por personal profesional o técnico. Pero más allá de ello, lo que marca la atención de CRED es la dificultad para desarrollar la atención con empatía y por lo tanto una relación en la que es muy poco probable que surja el diálogo y los consejos y que por el contrario abunden las órdenes y obligaciones “validadas” con la firma de las usuarias.

Esto va en sintonía con una relación colonial que se expresa en el estatus de inferioridad en el que automáticamente se coloca a la población indígena. Lo que se encuentra en el estudio diagnóstico es que los servidores públicos piensan que, para dejar el estado de naturaleza salvaje, las personas tienen que ‘civilizarse’, es decir educarse. Esto es muy similar a la ordenanza del gobernador de Maynas dada en 1832, que ordenaba ayudar a los indígenas (Maijunas, llamados Orejones en aquel tiempo) siempre y cuando abandonen sus prácticas y costumbres salvajes.

Lamentablemente el diagnóstico muestra que “el CRED termina siendo un servicio en el que las prestadoras hacen como que mandan y las usuarias hacen como que obedecen; en sus casas las mujeres madres (ya no usuarias) hacen lo que mejor les parece”.

Esto se ve reforzado si se tiene en cuenta que para las usuarias la ‘vitamina’ no reemplaza una buena alimentación. Como muestran los hallazgos de estudios similares en Ayacucho, para las mujeres los suplementos de hierro no son importantes para sus hijos. La condición para que sean importantes es que haya disponibilidad de alimentos. Esto atenta contra los esfuerzos de los servidores de salud que intentan a toda costa cumplir con las metas de cobertura. La presión por dicho cumplimiento, así como el deseo de mantener sus trabajos, actúan como combustible contra la calidad y la pertinencia cultural que pueden brindar los servidores de la salud. Se podría decir que de alguna manera *“salvo los indicadores todo es ilusión”*.



Es necesario que los servicios públicos que brinda el Estado, como es el servicio de CRED, partan de una lectura compleja y crítica de las condiciones socioeconómicas y los problemas estructurales que determinan la salud y la situación de vulnerabilidad social que enfrentan las madres y sus hijos y el soporte social del que disponen en el contexto donde se implementa el servicio, como es el caso de Datem del Marañón, tomando en cuenta sus cosmovisiones y marcos de interpretación cultural.

El diagnóstico deja claro que más allá de la interculturalidad, los servicios de salud expresan las desigualdades sociales y culturales y por lo tanto se necesita ir más allá de medidas de suplemento para la alimentación, medida de talla, control de peso y otros indicadores sobre símbolos y prácticas, si no se atienden y mejoran las relaciones sociales inequitativas entre las mujeres indígenas con los servicios de salud.

Asimismo, resulta urgente implementar procesos que fortalezcan las capacidades formativas de los servidores públicos y las condiciones en las que llevan a cabo su trabajo. Ellos son parte fundamental de los servicios de salud y si bien estos servicios tienen muchas debilidades, hay que considerar que esto también es una expresión directa de los determinantes sociales y los problemas estructurales. Por eso es muy importante que los procesos de fortalecimiento de capacidades vayan articulados a las reformas que se necesitan realizar en el sector salud con relación a la calidad de atención, la seguridad alimentaria, las desigualdades de género entre otros aspectos que el estudio recomienda.

DIÁLOGO INTERCULTURAL ENTRE GOBIERNOS REGIONALES Y PUEBLOS INDÍGENAS

Propiciar el diálogo intercultural entre el Estado y los pueblos indígenas alrededor de la salud, puede ser una tarea condenada al fracaso si no se toma en cuenta que entre ambos existe una larga historia de desencuentros que actualmente se expresan en una relación asimétrica y la desconfianza basada en estereotipos y la imposición colonizadora occidental de una forma de ver el mundo. Es como un choque de visiones que se puede ver claramente en los servicios de atención a la salud que ofrece el Estado a los pueblos indígenas en las diversas regiones de la Amazonía.

El trabajo de Leslie Villapolo, “Construyendo condiciones para el diálogo intercultural: aprendizajes y desafíos desde la experiencia de encuentros entre gobiernos regionales y organizaciones indígenas para la mejora de servicios de salud infantil”, parte del reconocimiento de esta larga historia de desencuentros donde lo atrasado y lo desarrollado, lo salvaje y lo



civilizado, las creencias y el conocimiento científico son algunas de las dicotomías que desde la visión occidental se usan para colocar a los indígenas en una situación de inferioridad o en el lado incorrecto. La diversidad cultural como obstáculo para el desarrollo es una narrativa que se alimenta de estas dicotomías.

El desafío de crear condiciones para intentar desmontar esta historia de no diálogo, fue asumido por los Gobiernos Regionales que constituyeron un Grupo Impulsor para generar sinergias y asegurar el cumplimiento de los acuerdos; y por los pueblos indígenas a través de sus organizaciones representativas respaldadas por la Asociación Interétnica de Desarrollo de la Selva Peruana (AIDSESP) y la Confederación de Nacionalidades Amazónicas del Perú (CONAP). Un tercer actor relevante fue el llamado “Terceros Colaboradores”, formado por representantes de instituciones que facilitaron el proceso con sus experiencias y conocimientos.

El desafío se va tornando más complejo, si se considera que los encuentros llevados a cabo se proponían llegar a acuerdos entre actores que no se caracterizan por tener una historia de diálogo. Era necesario implementar un conjunto de pasos y pautas para un diálogo intercultural y para establecer acuerdos orientados a mejorar la prestación de servicios de salud en el ámbito amazónico.

La autora propone una ruta circular y de diálogo entre cosmovisiones que permitió comprender las problemáticas de la salud infantil y las alternativas para mejorar la atención a partir del reconocimiento y la valoración mutua de las visiones de los actores.

Como era previsible, los encuentros entre actores con una historia de desencuentros, son propicios para la expresión de asimetrías de poder que deben ser manejadas para evitar que se imponga la confrontación y que las tensiones se terminen resolviendo de una manera caótica y a través de la imposición. Conocer las necesidades de información, de competencias y de conflictos previos entre los actores resulta fundamental para encauzar el proceso hacia un diálogo productivo. La comprensión compartida de la problemática desde la visión de los indígenas, especialmente de las mujeres, y la visión de los funcionarios como paso previo a la construcción conjunta de alternativas, aseguraron la concertación y el establecimiento de acuerdos viables para mejorar los servicios de salud infantil, considerando una necesaria fase de seguimiento y cumplimiento.

Ninguna iniciativa que busca promover el diálogo intercultural debe soslayar la historia de exclusión y discriminación en la relación Estado y pueblos indígenas y las desigualdades



actuales que expresan esta historia. La reflexión crítica sobre esta relación abre paso a la deconstrucción y descolonización de las formas de relación y de pensar, producto de la historia y de las asimetrías de poder vigentes en la actualidad.

Estas asimetrías se manifiestan, entre otras cosas, en el manejo de la información sobre las estrategias del Estado, el conocimiento del funcionamiento de los sistemas de salud estatal e indígenas en relación al cuidado del niño y niña y de las competencias de las instancias estatales con el fin de vigilar y exigir un mejor servicio. La preparación del proceso de diálogo y el rol de los terceros colaboradores fueron elementos claves para que las tensiones que surgen como producto de la expresión de las asimetrías y los desencuentros de cosmovisiones, se enfoquen hacia el diálogo y en producir cambios en los servicios de salud y en la población.

Contar con espacios para el conocimiento interpersonal y “humanizar” a los actores, permite romper los estereotipos, así como contrarrestar ideas preconcebidas sobre cómo sería esta relación. La preparación del proceso logró sensibilizar a los actores para el diálogo intercultural y preparar condiciones para explicitar mutuamente perspectivas y escuchar la de los otros actores para comprender su posición y desaprender conductas, pensamientos y formas de relación.

Sin embargo, es necesario ir más allá de la búsqueda de aceptación de los servicios de salud para que los servidores puedan “cumplir las metas establecidas”. Es muy importante que los cambios sean el resultado de la pertinencia cultural del servicio, pero también de los cambios en los determinantes sociales que tienen que ver con las condiciones de vida de las mujeres indígenas y las condiciones de trabajo de los servidores.

Una de las debilidades de las experiencias de diálogo que en los últimos años se han llevado a cabo en el país para solucionar conflictos y desencuentros entre el Estado y los pueblos indígenas y organizaciones sociales en general, es el incumplimiento o cumplimiento parcial de los acuerdos que resultan de los procesos de diálogo. Esto ha creado una actitud de desconfianza respecto a la utilidad del diálogo y los acuerdos. Manejar y superar esta desconfianza requiere de algunos elementos claves que surgen de los talleres implementados: preparación del proceso de diálogo, intercambio y comprensión de visiones de los actores respecto a la salud, acuerdos viables y compromisos de cumplimiento sujetos a seguimiento y rendición de cuentas.

En este sentido, el involucramiento de los tomadores de decisiones no solo asegura el cumplimiento de los acuerdos ratificados por el más alto nivel de los Gobiernos Regionales,



como una señal de que serían cumplidos, sino que además le da la sostenibilidad necesaria a dichos acuerdos, “para que los actores revaloren el diálogo como una estrategia para la prevención de conflictos, cuyo impacto se verá en la medida que se cumplan los acuerdos”.

Si bien la metodología de los talleres y espacios de encuentro llevados a cabo exigió enfocarse en la mejora de los servicios de salud como un primer paso, es evidente la necesidad de abordar el problema de la salud de manera integral en las regiones donde se viene llevando a cabo el AP-ENDIS. No olvidemos que el sistema de salud (infraestructura, personal, medicinas, etc.) en las zonas rurales de la Amazonía es sumamente precario y a lo largo de la historia hasta la actualidad no ha recibido la atención necesaria de parte de las políticas públicas del Estado.

Abordar los determinantes sociales y los problemas estructurales que crean y sostienen condiciones de desigualdad socioeconómica que vulneran los derechos de los pueblos indígenas amazónicos, debe ser parte del análisis e implementación de políticas públicas basadas en el diálogo intercultural. Finalmente la credibilidad, el prestigio y la sostenibilidad de los procesos de diálogo y las políticas públicas que se implementan en la Amazonía peruana se irán plasmando en la medida que no nos perdamos en la satisfacción que nos pueden dar los logros en el corto plazo, y que seamos capaces de encontrar los caminos para que la solución de los temas de largo plazo no esperen un tiempo futuro que nunca llega, sino que comiencen a ser parte del presente en la vida de los pueblos indígenas amazónicos.

Ismael Vega²

2. El contenido de la introducción es responsabilidad exclusiva del autor y no refleja necesariamente la opinión de la Unión Europea, la Cooperación Alemana implementada por la GIZ ni la Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza-MCLCP





1

@Freepik

Sensibilización en interculturalidad con proveedores de servicios de salud: **una experiencia en el ámbito amazónico**

Alfonso Gushiken

INTRODUCCIÓN³



El Perú se caracteriza, entre otras particularidades, por ser un país multiétnico y pluricultural. Cuenta con 47 lenguas indígenas habladas por cerca de 4 millones y medio de personas y 54 pueblos indígenas localizados en los Andes y la Amazonía reconocidos oficialmente en la Base de Datos de los Pueblos Indígenas del Ministerio de Cultura. En tal sentido, constituye uno de los países con mayor diversidad cultural del mundo, la cual se encuentra relacionada con la diversidad geográfica, biológica y de climas existentes en el país.

No obstante, pese a que el Estado, en su Constitución Política⁴, así como en diferentes normas y compromisos suscritos, reconoce el derecho a la identidad cultural, a la igualdad y a la no discriminación (Ministerio de Cultura, 2014), diversos estudios demuestran que la falta de pertinencia cultural en los servicios públicos limita el acceso a ellos y el ejercicio de derechos por parte de la ciudadanía (Benavides & Valdivia, 2004; Castro & Yamada, 2010; Montero & Yamada, 2011), especialmente en poblaciones históricamente excluidas como las indígenas.

En consecuencia, el Estado tiene la obligación de reconocer la diversidad de las personas, pueblos y culturas y hacer partícipes a todos en la vida del país y de los beneficios de su desarrollo, respetando las prácticas, creencias y concepciones de bienestar y desarrollo de cada uno de ellos. Para lograr este fin, es indispensable que el Estado incorpore el enfoque intercultural en su accionar, lo que implica la generación de capacidades en sus funcionarios y de herramientas en sus instituciones que les permitan reconocer las diferencias culturales, reducir la discriminación

3. El contenido del presente artículo es responsabilidad exclusiva del investigador y no refleja necesariamente la opinión de la Unión Europea, la Cooperación Alemana implementada por la GIZ ni la Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza-MCLCP.

4. Constitución Política del Perú, artículo 2, incisos 2 y 19





y exclusión por razones de cultura, idioma, religión, organización social o identidad, y promover relaciones de reciprocidad entre los diferentes grupos étnico culturales.

En tal sentido, cabe señalar que, en los últimos años, se han producido sustantivos avances jurídicos y normativos en materia de derechos de los pueblos indígenas; sin embargo, aún falta llevarlos a la práctica en la organización y funcionamiento de los servicios básicos con pertinencia cultural.

También falta desarrollar estudios, no sólo a nivel nacional sino también en el ámbito internacional, que aborden el tema. De 45 artículos identificados, realizando una búsqueda y revisión de la literatura internacional y nacional empleando las bases de datos Pubmed, Scielo (OPS/ OMS) y Ebsco⁵ para artículos publicados en revistas científicas, y buscando, a través de Google Académico, informes y documentos institucionales relacionados con el tema⁶, se encontró que la literatura producida con relación a la capacitación y sensibilización de funcionarios públicos, en el tema de interculturalidad:



- ▶ es sobre todo conceptual y se encuentra enfocada en los criterios para el desarrollo de sistemas de salud interculturales (OPS, 2008; Dauvrin, 2017; Anand & Lahiri, 2004).
- ▶ ha examinado en mayor medida experiencias de capacitación y sensibilización en programas de formación profesional a médicos, enfermeros y obstetras (Arce, 2013).
- ▶ las prácticas de capacitación y sensibilización en temas de interculturalidad a personal de salud que labora en contextos interculturales, han sido poco estudiadas en la región, siendo las experiencias destacadas provenientes, en mayor medida, de Brasil, México, Colombia, Perú, Surinam y Venezuela.

-
5. Utilizando como descriptores: Best Practices in Intercultural Health, Intercultural awareness projects, Models of intercultural care, Awareness raising for intercultural health care, Intercultural public health care model.
 6. La búsqueda se realizó en páginas Web de instituciones especializadas, como Ministerio de Cultura del Perú, Inter-American Development Bank/Sustainable Development Department, Universidad Pública de Navarra, Campaña Nacional por la Diversidad Cultural de México, México: Gobierno de la República/ Secretaría de Salud, OPS/OMS, Secretaría de Desarrollo Rural y Equidad para las comunidades, Medicus mundi, Salud Sin Limites, Salud Integral Incluyente.





Buscando específicamente experiencias de sensibilización/capacitación a personal de servicios públicos que labore en contextos interculturales, orientadas a promover: a) reconocimiento y respeto a la diversidad cultural, b) análisis y actitud crítica intercultural y c) diálogo intercultural, y/o experiencias que obtuvieron reconocimiento por buenas prácticas interculturales a juicio de expertos estatales o privados competentes, o cuya eficacia ha sido evidenciada y su metodología validada en terreno mediante métodos de investigación científica, realizados en América Latina, se identificaron cuatro, cuya población, objetivos, contenidos y metodología se exponen a continuación.

1 ▶ **Runa, Ayllu y Llacta Saludables:**

Modelo de atención integral de salud basado en familia y comunidad en la Red de Salud Churcampá

Ganadora del concurso Buenas Prácticas Interculturales en la gestión pública 2015 organizado por el Ministerio de Cultura, que busca reconocer a aquellos programas, proyectos y servicios cuyo diseño e implementación se adecúan a las particularidades culturales de la población, que respetan y valoran las identidades culturales y fomentan el diálogo intercultural (MINCUL 2016).

Esta experiencia fue implementada en 2012, en la Red de Salud Churcampá, con una población de 45 mil habitantes compuesta en un 80% por población rural quechua hablante. La intervención contó con el acompañamiento de la Dirección Regional de Salud de Huancavelica, el Ministerio de Salud y el Proyecto Multipaís, ejecutado por Medicus Mundi Navarra y Salud Sin Límites Perú, y buscaba la inclusión del enfoque intercultural en los servicios de salud a través de los siguientes elementos:

a ▶ Incorporación del uso de la lengua originaria.



b ▶ Incorporación de los terapeutas tradicionales (i.e., parteras, hueseros, hierberos, rezadores, entre otros) en las consultas, como intermediarios entre la medicina tradicional y académica y, en muchos casos, como intérpretes entre las partes.





- c ▶ Reconocimiento e incorporación de los síndromes culturales y las plantas medicinales en el sistema oficial público de salud.



- d ▶ Adecuación cultural en la infraestructura, sobre todo del área de partos (adecuada para el parto vertical y para la presencia del personal médico, las parteras, esposos y madres) y las salas de espera (con cocina donde se puede preparar las infusiones que ayudan a las mujeres con el parto).



En tal sentido, se trata de una experiencia de reconocimiento oficial y de inclusión de los saberes tradicionales referidos a la salud, la enfermedad y la sanación en el sistema público de salud, así como de reconocimiento del derecho de los ciudadanos a recibir atención médica de calidad, de acuerdo con sus costumbres, saberes tradicionales y lengua originaria, en la que los prestadores de servicios de salud fueron llevados a respetar o, al menos, tolerar la diversidad de creencias y saberes en torno a la salud.

Para ello, se realizó un proceso de sensibilización a los prestadores de salud sobre la importancia de servicios que complementen la medicina tradicional con la medicina occidental, en el que tenga lugar una concepción de la salud como un “proceso de equilibrio y armonía biopsicosocial, cultural y espiritual de la persona consigo misma y su entorno, que implica la familia, la comunidad y la naturaleza”, y la enfermedad como “el estado que resulta de la interrupción en el equilibrio y armonía de estas relaciones” (Churcampa, 2013), las cuales se operativizan en los tres paquetes de atención integral de salud que constituyen el Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad (MAIS-BFC): el paquete de atención integral a la persona, el paquete de atención integral a la familia y las intervenciones en la comunidad.

El proceso emplea la estrategia educativa y de gestión Educación Permanente en Salud (EPS), en el que la interacción aprendizaje-enseñanza se produce en relación con las tareas cotidianas del trabajo, permitiendo el desarrollo del recurso humano y de la organización. Implica un espacio de participación activa y de diálogo entre los miembros del equipo de salud, la reflexión conjunta sobre los problemas identificados y la planificación de acciones de mejora.

Basado en esta metodología y en un Plan de Implementación Escalonada de dos años, se realizó durante el primer año, el Diploma en Atención Integral de Salud con Enfoque de Familia y Comunidad, el cual incorporó a 26 trabajadores de salud de 22 establecimientos de salud (EESS), logrando cubrir el 10% del personal de la provincia; y, durante el segundo año, el Programa de





Formación Continua en Salud Individual, Familiar y Comunitaria en el Primer Nivel de Atención que permitió el desarrollo del Modelo MAIS-BFC en 33 de los 34 EESS de la provincia. El diploma tuvo como objetivo fortalecer las competencias de los equipos de salud del primer nivel de atención, mientras que el programa buscó facilitar la implementación del modelo.

2 ▶ Taller de Sensibilización Intercultural

Modelo de la Secretaría de Salud Mexicana

Esta experiencia buscó sensibilizar al personal de salud, directivo y operativo, con el fin de lograr organizaciones de salud culturalmente competentes, con relaciones de respeto y comunicación asertiva entre prestadores y usuarios, que consideren sus expectativas, creencias y preferencias de otros modelos de atención, en todas las entidades del país.

Esta propuesta implicaba impulsar la complementariedad del modelo médico occidental con el sistema médico tradicional y otros sistemas y modelos complementarios de atención a la salud, así como el desarrollo de políticas de género y promoción de los derechos humanos en salud, mejorando la calidad de los servicios.

Para ello, se llevó a cabo una intervención basada en la metodología de educación popular de Paulo Freire –que se fundamenta en la participación activa de los asistentes–, que contemplaba cuatro fases:

- a ▶ Taller de Capacitación-Sensibilización para el personal operativo y directivo de las unidades de salud que atienden a población culturalmente diversa, que busca comprender y discutir sus conceptos y prácticas en torno a la interculturalidad y el contexto regional con relación a diversas problemáticas, entre ellas, lo étnico, el género, la edad, las preferencias sexuales y religiosas y las enfermedades sujetas a prejuicios.



- b ▶ Proceso de Seguimiento, que busca reforzar la sensibilización, profundizar en conocimientos teóricos y prácticos, conocer y analizar los problemas en la implementación de las acciones y lineamientos, evaluar los esfuerzos realizados para remover barreras culturales, detectar las





experiencias positivas, reconocer sus esfuerzos y socializarlos. Se lleva a cabo a través de dinámicas y exposiciones participativas.

-
- c ▶ Proceso de Evaluación de impacto, en el cual se retroalimenta la experiencia con propuestas de aplicación de soluciones y lineamientos concretos.



-
- d ▶ Reforzamiento a distancia.



El taller permitió al propio personal de salud reconocer las barreras culturales presentes en los procesos de atención y las estrategias para contrarrestarlas, sobre todo las de comunicación, comprometerlos con su profesión y con el desarrollo de este modelo de atención integral con enfoque intercultural que propone como principios básicos el respeto, la empatía y la confianza.

El impacto de las capacitaciones fue evidente, reflejado en el trato más humano hacia usuarios y usuarias, en el esfuerzo por entender su identidad cultural y sus percepciones para brindar una atención intercultural, por ejemplo, considerar los elementos de riesgo para la salud según la cosmovisión de las usuarias y fomentar un ambiente de confianza para que se acerquen a recibir atención en las instituciones de salud, con mejores resultados en satisfacción y eficacia clínica.

En el Programa de Salud y Nutrición para Pueblos Indígenas (PROSANI), los participantes en los talleres propusieron: Realizar un censo de recursos humanos comunitarios para la salud, según su especialidad –parteras, médicos tradicionales, hueseros, hierbateros, h´men– para conocer su práctica, prescripciones y tratamientos; realizar reuniones de intercambio de experiencias con ellos; elaborar un diccionario con los términos que emplean; elaborar diagnósticos de salud que incluyan la medicina tradicional; obtener de las madres de familia, los conocimientos sobre herbolaria en el tratamiento de los problemas de salud de sus hijos. Asimismo, propusieron legislar sobre medicina tradicional en la Ley General de Salud.





3 ► Estrategia de la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI)

Esta iniciativa, impulsada por OPS/OMS, buscaba fortalecer las capacidades y sensibilidades del personal de salud del primer nivel, así como de agentes comunitarios de salud y actores sociales comunitarios, respecto a la diversidad cultural, para mejorar la calidad y calidez de la atención.

Para ello, partía de un ejercicio de observación y análisis de la realidad local, de los habitantes y la cultura, que incluía la noción de salud y enfermedad existentes en cada comunidad, mediante la elaboración de un Diagnóstico Local Participativo que abordaba, entre otros temas, ¿Cuántos somos?, ¿cuál es el rol de los diversos actores sociales en salud?, ¿cuáles son sus dificultades y potencialidades?, ¿qué problemas tenemos?, estableciendo su jerarquía mediante encuestas basales aplicadas a los actores sociales identificados.

A partir de lo desarrollado, la intervención proponía pautas básicas, basadas en evidencia, para incorporar la perspectiva intercultural en cada uno de los ámbitos de trabajo, promoviendo: 1) relaciones entre iguales, donde se reconozca a la persona; 2) formas de interacción basadas en el vínculo y la expresión de afectos; 3) nuevos canales de comunicación que validen al otro desde sus propias categorías; 4) confianza, libertad, alegría y seguridad en sí mismos. Adicionalmente, proponía desarrollar las siguientes actitudes: a) reconocimiento (de la diversidad y los derechos de los pueblos indígenas, los saberes y conocimientos que cada cultura tiene); b) convivencia (saber escuchar y estar dispuesto a aprender, valorar los diversos modos de ver la vida y la salud, no reproducir relaciones de poder); c) valoración (buscar los porqués de las actitudes, conductas y comportamientos de los demás, reflexionar sobre las propias percepciones de la vida, salud y enfermedad, aceptar la vigencia de otras prácticas y pensamientos); d) interacción (los gestos y las palabras son centrales en el reconocimiento; pensar en equipo, compartir, involucrarse, son esenciales).





4 ► Suriname

Medical Mission & Amazon Conservation Teamclinics in Trio villages.

Esta experiencia se desarrolla en la Aldea de Kwamalasamutu, en la que existen dos clínicas: una que brinda atención médica occidental, a cargo de una ONG con financiamiento del gobierno, y otra que proporciona medicina indígena tradicional, operada por ancianos chamanes financiados por Amazon Conservation Teamclinics (ACT). La intervención busca sensibilizar a los profesionales de la salud sobre las prácticas de salud tradicionales, el uso de plantas medicinales importantes y los conceptos indígenas de salud y enfermedad; y a los chamanes sobre cuestiones básicas de atención primaria y prácticas de salud preventiva. Como resultado, los trabajadores de atención primaria y los chamanes, dependiendo del diagnóstico y tratamiento requerido, derivan pacientes rutinariamente entre las dos clínicas.

Otro aspecto del programa tiene como objetivo prevenir la desaparición de los conocimientos tradicionales alentando a los jóvenes a aprender de los chamanes ancianos y a preservar el conocimiento de los medicamentos de la selva amazónica. Una reciente ampliación de esta iniciativa se dirige a niñas/os y adolescentes, en su educación general, donde aprendices mayores enseñan a los más jóvenes acerca de las plantas medicinales.

Las experiencias descritas corresponden a intervenciones en servicios públicos que emplean una estrategia educativa de interacción aprendizaje-enseñanza, en la que predominan procesos de interacción bidireccional y participativa, la reflexión conjunta sobre los problemas identificados y la planificación de acciones de mejora que faciliten el diálogo entre culturas, teniendo como interés no solo la calidad técnica sino también la humana.

En ellas, el propio personal de salud reconoce las barreras culturales presentes en los procesos de atención y propone las estrategias para contrarrestarlas, siendo un aspecto fundamental el reconocimiento y la incorporación de la lengua originaria. Sin embargo, más allá de la incorporación de un traductor, se reconoce la importancia de los terapeutas tradicionales para la interpretación de la enfermedad y la inclusión de los saberes tradicionales. Esto contribuye a instalar el respeto y la comunicación entre los prestadores y los usuarios de los servicios, una relación en la que ambos saberes muestran que pueden dialogar y ser complementarios. De hecho, según los artículos revisados, el personal de salud sensibilizado en interculturalidad deja ver un trato más cercano hacia los usuarios y busca conocer tanto su concepción como sus percepciones para brindar la atención.





METODOLOGÍA



A partir de estos resultados, se diseñó una propuesta de talleres basada en el método AMATE, que emplea el arte como herramienta a través de la cual, desde lenguajes diferentes a los verbales y conscientes, aflore y se ponga en evidencia lo que los participantes piensan, sienten y actúan con el fin de que discutan y, en este caso, se sensibilicen sobre la importancia de tomar en cuenta la perspectiva del otro –el enfoque intercultural– en la atención en salud, nutrición y cuidado infantil, con el fin de promover una convivencia basada en el respeto a las diferencias y en el diálogo y la búsqueda de acuerdos y complementariedad de miradas. El taller consideró, además, otros cinco enfoques: el enfoque de derechos, de igualdad de género, de atención a la diversidad, de desarrollo humano y el crítico-reflexivo⁷, que se enlazan con el anterior.

Se propuso este método que emplea el enfoque del arte-educación por dos razones: en primer lugar, porque los conceptos de interculturalidad, cultura, culturas, multiculturalidad, etc., son de reciente reflexión en las distintas disciplinas que los estudian, pero de antigua práctica dadas las condiciones de relacionamiento en nuestro país y la presencia de múltiples culturas tanto a nivel urbano como rural. Por ello, abordar las percepciones de los participantes desde modos de expresión no verbales permite explorar las concepciones y prácticas reales, no sólo los discursos contruidos a partir de conceptos y conocimientos teóricos. Es desde allí que se podrá propiciar una efectiva sensibilización sobre el tema. En segundo lugar, por la virtud que tiene el enfoque de arte-educación de generar espacios horizontales de trabajo, que dejan de lado las jerarquías, tan marcadas en las relaciones entre servidores de salud de diferentes niveles y formación. Por otra parte, el uso de dinámicas reflexivas, participativas y colaborativas plantea una permanente actitud de escucha entre los participantes y entre éstos y los facilitadores. (ver Anexo N° 1)

-
7. Enfoque de Derechos, que supone el reconocimiento de las personas como sujetos de derecho, es decir, con la capacidad de decidir, ejercer y exigir sus derechos legalmente reconocidos y responder por las consecuencias de sus decisiones; Enfoque de igualdad de género, que supone la valoración equitativa de los comportamientos, aspiraciones y necesidades de mujeres y varones, cuyos derechos, deberes y oportunidades se ejercen en condiciones de igualdad, sin que dependan de la identidad de género; Enfoque Inclusivo o de Atención a la Diversidad, que reconoce las mismas oportunidades para todas las personas, independientemente de las diferencias culturales, sociales, étnicas, religiosas, de género o condición de discapacidad; Enfoque de Desarrollo Humano, que ubica la promoción del ser humano como centro de todo desarrollo, para lo cual busca ampliar las oportunidades de los individuos; y Enfoque crítico-reflexivo, que propone reflexionar críticamente sobre la experiencia, con el fin de tomar consciencia de las concepciones y supuestos con los que se han ido construyendo las prácticas profesionales y mejorarlas.





Operacionalmente,
el método **AMATE** consideraba una secuencia
metodológica de cinco pasos:



1► **Animación** (momento de estimulación del cuerpo y los sentidos para facilitar el aprendizaje);



2► **Motivación crítica y reflexiva** (actividades para despertar el interés de los participantes, desde su experiencia, y compartir conocimientos, opiniones y creencias sobre los temas propuestos);



3► **Apropiación** (actividades para promover el análisis, esclarecimiento e incorporación de los principios e ideas de la interculturalidad y su aplicación en la experiencia);



4► **Reflexión crítica** (actividades para generar un proceso reflexivo sobre el rol del operador de salud para responder a las expectativas de sus usuarios); y



5► **Propuestas de cambio** (momento de síntesis expresada en la identificación de situaciones críticas y sus posibilidades de respuesta de parte del personal de salud, a partir de sus experiencias y lectura crítica)⁸.

8. Fuente: adaptación de "Para Hacer talleres: Una guía práctica para utilizar el método AMATE". Asociación Kallpa. Lima, 2007.





Tabla 1 | Aplicación del Método AMATE en el diseño de los talleres de Sensibilización en interculturalidad con proveedores de servicios de salud

	Momento 1 Analizar interculturalmente	Momento 2 Reconocer Interculturalmente	Momento 3 Actitud Crítica Intercultural	Momento 4 Diálogo Intercultural
Conocimientos	La salud Las culturas Lo público	Visiones de la salud desde contextos culturales diversos. Verbos activos de la cultura. Prácticas culturales. El servidor público intercultural.	Enfoque intercultural	Competencias interculturales Estereotipos y mitos como barreras para establecer el diálogo intercultural. Buenas prácticas de comunicación intercultural.
Habilidades	Reflexiona sobre las visiones de la salud desde contextos culturales diversos. Reflexiona acerca del concepto de culturas. Construye una propuesta escrita a partir de la mirada del otro. Reflexiona acerca de lo público.	Reflexiona sobre las visiones de la salud desde contextos culturales diversos. Reflexiona sobre los verbos activos de la cultura y/o prácticas culturales de la comunidad. Reflexiona sobre las características del servidor público intercultural.	Reflexiona sobre las diversas miradas frente a una misma situación de salud pública. Identifica el componente intercultural en situaciones de salud pública.	Reflexiona sobre los estereotipos y los mitos como barreras para establecer diálogo intercultural. Construye propuestas sobre buenas prácticas de comunicación intercultural. Reflexiona críticamente sobre la aplicación de competencias interculturales en su quehacer como servidores públicos de salud.
Actitudes	Expresa interés para incorporar la perspectiva del otro en los procesos de producción colectiva.	Expresa apertura para reconocer diversas visiones sobre la salud en contextos diversos.	Expresa preocupación por desarrollar un trabajo autocrítico sobre el enfoque intercultural en el marco del servicio de salud.	Expresa apertura para establecer mecanismos de comunicación interculturales en el marco del servicio de salud.

*Propuesta elaborada por Miguel Villaseca y Miguel Angel Cuba





El diseño metodológico está organizado en función de competencias interculturales específicas –analizar interculturalmente, reconocer interculturalmente, tener actitud crítica intercultural y diálogo intercultural, que corresponden, cada una, a una competencia intercultural transversal propuesta por el Ministerio de Cultura–, que se esperaban alcanzar en diversos momentos del taller.

El Momento 1 ►

“Analizar interculturalmente” contemplaba tres dinámicas, en las cuales los participantes, reunidos en grupos, debían discutir y definir, desde su experiencia, **i)** “qué entienden por salud”, **ii)** qué son “las culturas” y **iii)** cuáles deben ser las características del servidor público en salud (ver el diseño del taller). La primera dinámica (“el reloj”) debía servir, además, para que los participantes se presenten entre sí. Las tres dinámicas se llevaron a cabo sin inconvenientes en los cuatro talleres.

En el Momento 2 ►

“Reconocer y respetar interculturalmente”, inicialmente, se había propuesto realizar tres dinámicas: **i)** una “discusión controversial”, en la que los participantes separados en dos grupos defendieran, unos, a la “medicina tradicional” y, otros, a la “medicina convencional”, para finalmente propiciar una discusión en la que se haga uso de las reflexiones sobre la salud, las culturas y lo “público” desarrolladas previamente para buscar posiciones intermedias; **ii)** el dibujo del “cuerpo humano” de la comunidad o región en la que trabajan, en el cual cada grupo describiera algunas características y prácticas culturales de ésta, detallando, por ejemplo, qué piensa, qué mira, qué siente, qué le preocupa, por qué sufre, qué le alegra, etc.; y **iii)** diseño del DNI del “Servidor público intercultural en salud” –que reúne, en su diseño, elementos identitarios peruanos y datos individuales–, para luego discutir en plenaria qué significa tener ese DNI. Sin embargo, en aras del tiempo, debió reducirse sólo a las dos primeras.





Para el Momento 3 ▶

“Tener actitud crítica intercultural”, se consideraron dos dinámicas: **i)** Juego de roles, en el que los participantes se organizaron en grupos que debían presentar un sketch sobre una situación vivida en una atención o consejería en salud; y **ii)** Juego de palabras, en el que a partir de frases sueltas y cortadas, que estaban mezcladas, los grupos debían reconstruir la frase y plantear posibles respuestas a la situación planteada desde la perspectiva intercultural y discutir en plenaria. Dado que era probable que los textos propuestos fueran diferentes a los originales, se esperaba reflexionar también aquí sobre las diversas miradas que se tienen sobre la realidad.

Finalmente, el Momento 4 ▶

“Diálogo intercultural” se desarrolló en torno a una dinámica en la que los participantes organizados en grupos leyeron y discutieron un caso de mayor complejidad con el fin de construir una propuesta, a modo de respuesta frente a la situación planteada tomando en cuenta los elementos contruidos a lo largo del taller.

Los talleres se llevaron a cabo por iniciativa del proyecto de cooperación técnica complementario al Apoyo Presupuestal a la Política Nacional de Desarrollo e Inclusión Social a cargo de la Cooperación Alemana implementada por la GIZ en cofinanciamiento con la Unión Europea, entre noviembre 2017 y julio 2018, en cuatro departamentos de la Amazonía: Amazonas, San Martín, Pucallpa y Loreto.

El perfil de los participantes fue diferente en cada taller. En algunos, la mayor parte era personal técnico de origen indígena que trabajaba en puestos de salud - Nivel I –Chiriaco (Amazonas), Sepahua y Atalaya (Ucayali), Ullpayacu (Loreto). En otros, si bien la mayor parte de los participantes era personal técnico, hubo una mayor presencia de personal profesional y de funcionarios de la Red de Salud, todos ellos mestizos –Nieva (Amazonas), San Lorenzo (Loreto). En tanto que, en San Martín, los participantes fueron principalmente profesionales responsables de las áreas de Salud Materna e Infantil de las microredes (Pongo de Caynarachi) o funcionarios de la Dirección Regional de Salud o de las Redes de Salud (Lamas).





RESULTADOS DE LOS TALLERES



1 ► Algunas definiciones conceptuales: salud, cultura, enfoque intercultural

En la discusión para la definición de salud, los participantes tendieron a recurrir a la definición dada por la OMS –“es el completo estado de bienestar bio-psico-social (físico, mental y social) y no sólo la ausencia de enfermedad”. De allí la importancia de detenerse en sus definiciones y pedirles que precisen cómo entienden los términos propuestos. Esto permitió que, en algunos talleres, profundizaran en el significado de bienestar –es “tener alimentación adecuada, higiene, vivienda y entorno saludables, familia y comunidad saludables, buen descanso, trabajo sin presión, estar inmunizado, estar activos, sin problemas, sin violencia ni brujería” (Chiriaco); es “libertad, sentirse bien, comodidad, felicidad, alegría, ganas de hacer bien las cosas” (Pongo de Caynarachi)– o de equilibrio –“balance, armonía, paz, estabilidad, tranquilidad” (Pongo de Caynarachi). También fue valioso orientar la discusión hacia cómo piensan estos aspectos en la práctica y qué dificultades enfrentan para lograr mejoras en “la salud”.

Sin embargo, un aspecto que particulariza las propuestas en Ucayali y Loreto es la relación que establecen entre salud y entorno –“es estar y sentirse bien con el medio que nos rodea” (Atalaya), que implica, por una parte, “tener buenas relaciones con todos los miembros de la comunidad”, pues “si no tenemos una buena relación, no vamos a poder compartir nuestras ideas, nuestras experiencias y vamos a estar aislados” (Ullpayacu). Por otra parte, implica “aceptar y entender las costumbres de los demás” (San Lorenzo), “respetando la cultura, intercambiando conocimientos y prácticas de salud” (Sepahua). Finalmente, implica respetar y tener “buen equilibrio con la naturaleza” (Atalaya), “si no existe respeto hacia el territorio, hacia la naturaleza, también no es salud para nosotros” (Ullpayacu). ¿Qué significa esto?



Hay normas naturales. Por ejemplo, si una mujer está menstruando, no debe bañarse en el río, porque es una ofensa hacia la madre naturaleza y como resentimiento puede causar una enfermedad hacia las personas. [...] si yo no cumplo las normas de la naturaleza que están allí, entonces, consecuencia de esa transgresión, ya habría que haber una enfermedad. (Ullpayacu)





En tal sentido, la noción de salud desplegada en estos talleres parece incorporar la concepción de las culturas indígenas amazónicas y el enfoque (de respeto y diálogo) intercultural.

Adicionalmente, en los talleres de Sepahua y Atalaya (Ucayali), se incorporó la noción de salud como derecho: “derecho de gozar buena alimentación, educación y trabajo” (Sepahua), noción que no apareció en ninguno de los otros talleres.

En el análisis de “las culturas”, el empleo del dibujo y la pintura permitió la expresión libre de lo que cada grupo, incluso cada participante, entendía por cultura. En tal sentido, cada taller propuso definiciones diferentes, marcadas por el perfil de los participantes. Así, los elementos que muestran los dibujos en los talleres de Amazonas, giraron en torno a: las actividades económicas (agricultura, pesca, piscigranja, caza, crianza de los animales) y las actividades cotidianas que realizan los habitantes de los poblados fundamentalmente indígenas, las viviendas (los modos como están diseñadas y construidas y, en algunos casos, como están organizadas en relación con las otras), los alimentos y productos medicinales (guayusa, piripiri, toé, ayahuasca, jengibre) que emplean las poblaciones indígenas y el río como elemento central.

En Ucayali y Loreto, los participantes resaltaron la diversidad de las identidades culturales –seis en ambas localidades de Ucayali (con poblaciones yine, ashaninka, machiguenga, yaminahua, nahua y amahuaca) y siete en Datem del Marañón (achuar, kandozi, quechua, awajun, shapra, shawi y wampis). En este contexto, fue reiterativo que los grupos mostraran en los dibujos de objetos y costumbres, instrumentos y vestimentas típicas, la gran diversidad cultural y étnica de





la zona. En tal sentido, señalaban que la relación intercultural era parte de su cotidianeidad, la cual planteaba la necesidad de relacionarse de un modo diferente y particular con cada etnia.

En este contexto, también, varios participantes representaron las fricciones en la relación entre las instituciones occidentales y las formas de vida tradicional, la contraposición entre la visión de los agentes del desarrollo urbano y la de las comunidades, ejemplificadas en las diferencias entre la arquitectura cerrada de los Tambos del Estado y la de las casas abiertas de la comunidad, o en la contraposición entre el ecosistema selvático y el de la ciudad. Otro aspecto interesante, en estos talleres, fue el señalamiento –al tiempo que afirmaban que debían “escuchar y respetar sus creencias” y prácticas– de que “hay cosas que yo veo mal” (Sepahua), que “nos sorprende, nos asusta, nos choca, que no estamos de acuerdo” (Atalaya).

En los talleres de San Martín, en cambio, los dibujos propuestos por los participantes priorizaron elementos de las costumbres, que se expresan en los modos de vestir de la población (mujeres indígenas que caminan con su cántaro o que utilizan ganchitos en el cabello cuando son solteras, migrantes que caminan con su machete y alforja para ir a la chacra), en la forma de sus viviendas, o en la manera de “traer sus hijos al mundo” (“sujetas de una sogá, mordiendo un trapo para no hacer mucho ruido y evitar que los vecinos se enteren” [Lamas]).

Otro rasgo que caracterizaba las definiciones de cultura propuestas en los talleres de San Martín es que eran más teóricas (p.ej., “es el conjunto de costumbres comunes a una sociedad” [Lamas]) y se planteaban como referidas a los otros, a la población indígena o a los migrantes, no a ellos. Las referencias a la cultura no les concernían, como si la cultura fuera un atributo de la población, del cual estuvieran exentos los servicios y el personal (al menos profesional) de salud, tal como queda bien recogido en la siguiente viñeta:



...nosotros hemos estado en un instituto o en una universidad, donde hemos aprendido tal cual te dice la ciencia, pero nunca nos han enseñado las costumbres, las tradiciones, por eso nosotros tenemos que aprender sobre quienes vamos a atender. (Lamas)

Es una concepción que ubica a la ciencia por fuera de la cultura, aséptica de las tradiciones, las creencias y los puntos de vista de las sociedades en las que se produce, fuera del alcance de cualquier influencia que no fuera el conocimiento comprobado. Es una concepción peyorativa de “la cultura” y de las culturas, que quedan –en oposición a la ciencia– del lado de lo que “no es verdad” y tiene que sacarse de la cabeza:





...tiene que ser también desde el punto de vista del conocimiento comprobado, porque así ellos crean eso, eso no es verdad. Tienen que ir sacándose de la cabeza eso, porque no es verdad. (Lamas)

En consecuencia, las diferencias culturales son vividas como una limitación, incluso como un impedimento para realizar su trabajo, que, por ejemplo, hará “improbable que vayas a hacer un Papanicolaou, examinar una mujer gestante [estando] el marido al lado y no la tocas porque no la tocas” (Lamas).

Las presentaciones y discusiones en los demás talleres, en cambio, estuvieron caracterizadas por un contenido más testimonial, incluso por posiciones reivindicativas de la cultura originaria (sobre todo en Amazonas y Ucayali), de sus saberes y prácticas ancestrales –en especial, los relacionados con el uso de plantas medicinales–, que permitieron identificar los elementos que eran característicos de las culturas, pero también lo que representó para ellos el encuentro con las culturas del lugar. Cabe señalar que, para muchos –profesionales mestizos procedentes de otras regiones, incluso para técnicos de origen indígena que retornaban a su comunidad después de su formación–, fue un encuentro no exento de contradicciones.

Con relación al enfoque intercultural, una primera idea era que implicaba “conocer nuestro público objetivo”, esto es, conocer sus costumbres y sus tradiciones con el fin de poder interactuar con ellos y atenderlos efectivamente. Un ejemplo de ello es un relato recogido en uno de los talleres, según el cual:



Había una colega que iba de casa en casa porque la gente no iba a los establecimientos de salud. Y de poco en poco fue descubriendo que no iban porque la mano del personal de salud era fría y el color de la sábana era blanca y les daba miedo. Porque para la comunidad nativa, blanco significa mortaja, muerte. Entonces, la colega empezó a interactuar con las parteras, [...] aprendió de la partera y lo llevó a su establecimiento, como, por ejemplo, ellos derriten la manteca de la gallina cuando pone huevo, y lo ponen en un frasco y eso empieza a calentar su mano antes de tocar el vientre. [...] Esas cositas ha hecho la colega y lo ha hecho informar “yo también tengo mi aceiteito, vengan a visitar. (Lamas)

De la mano de esta idea, proponían una segunda que era muy frecuente, “respetar sus creencias y costumbres”, lo que implica adaptar sus intervenciones a ellas, por ejemplo, “atender el parto metido debajo de la sábana, cuando la mujer tiene la creencia de que nadie debe ver nacer





a su bebé” (Lamas). Al respecto, uno de los participantes decía: “No puedo obligarles a hacer según mis costumbres, sino me adapto a la de ellos” (Atalaya), mientras que otro señalaba, en el mismo sentido:

...por más que sabemos que de repente va a terminar o va a desencadenarse algo complicado, no podemos ir y traer, en contra de su voluntad, a esa persona. [...] tienes que respetar lo que ellos dicen. Pero, si tú ya tienes el seguimiento y monitoreo de esta gestante y sabes que se te va a complicar, de repente, trasladar todos nuestros implementos a su casa; que puedan, de repente, garantizar un lapso de vida de esa persona, para luego, cuando se complique, de repente, poder trasladarlo. Porque muchas veces el usuario tiene que verse totalmente mal, mal, mal, o de repente, que su mismo brujo de la comunidad le diga “ya no se puede hacer nada, anda ve”, tal vez ahí te da la autorización. Pero antes no podemos imponernos. (San Lorenzo)

Para algunos participantes, esta disposición suponía adaptarse “a lo que la paciente quiere, que, en otros términos, quiere decir hacerle el gusto” (Lamas), incluso al punto de sacrificarse y “salir de tu bienestar y adaptarme a las costumbres”, o exponerse a ciertos riesgos que resultan de la necesidad de atender en condiciones ajenas –que son las que imaginan que el otro quiere– y sin los implementos adecuados, como consta en el siguiente relato:

...nos exponemos cuando vamos a ciertas culturas, cuando no tenemos los instrumentos para la implementación. Yo normalmente atendía [el parto] con un plástico o colchón y tenía que ponerme de rodillas –e imagínense el líquido, los fluidos–, y la ropa que uno tiene no es la adecuada y te expones. [...] Yo estuve atendiendo un parto y la paciente me saltó por encima de mí, y todos los fluidos en mi cara, era una contaminación bárbara. Por el mismo hecho de darle el gusto, de darle la calidad al paciente. (Lamas)

Cabe señalar, sin embargo, que esta posición no se encontró sino en uno de los talleres, aunque defendida por varios participantes. En contraposición con ella, otros consideraban que “más que adaptar es respetar”, oponiendo ambas ideas, “ya que no necesariamente uno tiene que creer en lo mismo”, frente a lo cual “debe generar su propio bienestar respetando el del otro” (Pongo de Caynarachi).





Otro aspecto que conviene destacar de los talleres es la concepción que la mayoría de los participantes tiene sobre el valor del enfoque intercultural. Es una concepción que lo considera como una estrategia “para darle confianza al paciente, para que pueda llegar a nosotros y [...] cumplan lo que les brindamos” (Sepahua); porque de no hacerlo, “se nos caería lo que nosotros queremos, de que lleguen a los establecimientos, y no cumpliríamos con el paquete básico de atención” (Lamas). Es éste el propósito que justifica el enfoque intercultural.

2 ► Representaciones sociales sobre las poblaciones indígenas

Una de las dimensiones emergentes, más rica, durante los talleres, fueron las representaciones de los participantes sobre las poblaciones indígenas con las que trabajan, que fueron más allá de sus habilidades y costumbres –como la de “navegar de día o de noche, llueva o salga el sol, en embarcaciones pequeñas, sin ninguna comodidad” (Sepahua) o su forma de vestir (“les gusta así, en colores” [San Lorenzo]) y las características de sus casas (con “techo de doble hoja y dos horcones, la candela, los plátanos y la tarima donde duermen, en las que nunca debe faltar el masato” [Ullpayacu]) o las fiestas del pueblo (en las que “todos, ese día, comen y están felices [...] Y de por medio, el masato. En todas sus celebraciones, en todas sus actividades va a estar el masato” [Ullpayacu]). Las representaciones que se abordaron estuvieron vinculadas a la relación de las poblaciones indígenas con su medio ambiente, a sus modos de alimentarse, a la minka, a las diferencias entre hombres y mujeres, a su comportamiento sexual y reproductivo y a los procesos de mestizaje.

Sobre la relación de las poblaciones indígenas con su medio ambiente, una idea muy frecuente en los participantes es que “el territorio para un poblador indígena es todo”. Al respecto, uno de los participantes señalaba:



Ahí tiene asegurado su seguridad alimentaria, ahí está su mercado, ahí están todos los materiales para la construcción. [...] Es un medio que, en ciertos momentos, se relaciona con otros seres espirituales, para conseguir visiones, sueños, que van a direccionar el futuro de él y de sus hijos. Es un medio que, en realidad, va a proveer la seguridad de la vida del ser humano (Ullpayacu).





Es en este ambiente donde los participantes encuentran que la población indígena gusta vivir y estar. Uno de ellos mencionaba: “Averiguando con ellos, una persona oriunda de allá no se siente cómoda en ir a la ciudad, porque su mundo es ese” (Ullpayacu).

De allí que mencionen como una de las preocupaciones más grandes de las poblaciones los derrames de petróleo, “que afecta nuestros animales, los peces, mueren los peces, también las aves, beben esa agua y también mueren” (Ullpayacu). También la tala de los árboles, pues “a base de eso, también los animales migran a otra parte. [...] Ahora tienen que caminar más lejos, salir de sus comunidades y hasta ir, cruzar otras quebradas (Ullpayacu).

De hecho, según lo señalado por los participantes en los talleres, la mayoría de las poblaciones indígenas “se siente más cómoda comiendo lo que está a la mano de ellos: animales, vegetales de la zona, porque no tienen esa costumbre de preparar los alimentos de acá, de los mestizos. Más rápido hacen su pango, su plátano asado, su patarashca, es lo que tienen la costumbre” (San Lorenzo), que consumir alimentos industrializados. Consideran, en tal sentido, que sus alimentos no contienen preservantes, “es lo más natural que hay y muchas de las comunidades étnicas no le ponen sal”, razón por la cual “no tenemos, por ejemplo, casos de hipertensión, diabetes”, incluso caries (Ullpayacu).

El problema es que en la mayor parte de los territorios que pueblan las comunidades indígenas no hay sino “cultivo de yuca y plátano, nada más, no hay otro sembrío que puedan desarrollar. [...] Esa es nuestra realidad, ese es el territorio” (Ullpayacu). A esto se suma la creciente dificultad para encontrar animales de monte para cazar y su alto costo –“más que todo del majaz”– que, por una parte, impide comprarlo y, por otra, en caso de cazarlo, promueve que lo comercialicen





en lugar de consumirlo: “Más bien, tiene un majaz, pesará sus 6-7 kilos, ‘uy, me gano bien, todito lo vendo y nada para la casa” (Ullpayacu).

De allí que los alimentos que consumen no contengan los nutrientes necesarios y suficientes un buen desarrollo, entre ellos el hierro, “lo que enmarcaría el trabajo de salud, que sería enseñarles el consumo, porque ellos tienen hectáreas, animales, tienen todo, [...] para que siembren sus menestras, que no lo siembran. [...] Yo creo que es por desconocimiento” (Ullpayacu).

De hecho, entre las situaciones que los participantes resaltaron como malas prácticas de la población, que debían corregir, las relacionadas con la nutrición eran de las más frecuentes. Un ejemplo de ellas es el que ilustra el siguiente relato:



Me pasó un caso de un bebé, la mamá tenía lesiones en los pezones y el bebé llegó flácido. Para indagar, averigüé que al bebé le estuvieron dando masato. (Lamas)

Cabe señalar que, en todos los talleres, destacaron el masato como uno de los alimentos más utilizados por la población, no sólo por ser “una especie de alimento”, sino también “un insumo que permite cómo nos relacionamos uno con el otro” (Ullpayacu), constituyendo un alimento esencial. El masato es una bebida fermentada elaborada a base de yuca, que también es utilizado mucho en el caso de los niños, no tanto por su valor nutritivo, sino porque les permite saciar su hambre:



“Ya dale su masato”. La barriga se hincha, “Ah, recién ha comido”, porque ya está grande la barriga. Tan sólo es llenarle al niño, no es para darle alimentos que le van a ayudar (Ullpayacu).





Por otra parte, la manera como los pobladores indígenas comen no es cada uno en su propio plato específico, “sino simplemente se sirve en una hoja grande donde está la comida, pescado, carne, yuca, plátano, y todo el mundo –desde los niños pequeños, el de un año, dos años, hasta el papá– mete la mano [...] y todos, de ahí, comemos. Entonces, ¿quién es el que come más?, el más fuerte” (Ullpayacu). En consecuencia, esta manera de comer genera –de acuerdo con la percepción de los participantes– una distribución de los alimentos que favorece a los hombres, jefes del hogar, en desmedro de los niños, las mujeres y los ancianos.

El tema de las diferencias entre hombres y mujeres es otro que aparece con frecuencia en los diversos talleres realizados. Al respecto, una característica que les llama mucho la atención es que “el varón está más amestizado, usa zapatos, un pantalón, muchas veces, su reloj, está con el celular ahí, mientras que la mujer representa todavía sus costumbres, que se ve en lo que es su vestimenta” (Atalaya); también, que “el varón va adelante, caminando, amestizado y gozando de ciertos beneficios, mientras la mujer camina atrás junto con sus hijos” (Sepahua).

Asimismo, resaltan que “el hombre es el que habla más el castellano que la mujer” y quien va más a la ciudad “por diferentes cargos que ocupa” (Sepahua), mientras en la casa “está sentado y la mujer está haciendo su masato, está trabajando” (Atalaya), lo cual atribuyen a su costumbre y cultura. Otra idea muy frecuente acerca de los hombres es que son ociosos, sin comprender que “es parte de sus costumbres, han aprendido así, [...] no hacían chacra, vivían de lo que les da la naturaleza, de la recolección y la caza” (Atalaya).

Sin embargo, contrastando con la idea descrita, los participantes del taller de Ullpayacu dieron cuenta de la participación de los hombres en la práctica de la minka, que es un mecanismo de cooperación entre comunidades, por la que éstas



se organizan y coordinan para una determinada comunidad apoye a otra, así tipo cadena. Entonces, ellos dejan de lado un poco la atención a los niños, a su familia, y más se dedican al trabajo grande, de apoyo a la minka, que es hacer, preparar chacras. Y, en eso, el tiempo que ellos programan ya les queda corto para ir a buscar sus propios alimentos, para sus familias. [...] Los mayores van a las minkas y los niños quedan en casa, de hambre, tan sólo comen masato. Entonces, es la causa de que los niños están desnutridos, como también las señoras. (Ullpayacu)

Otra idea, frecuente en los participantes, es que, “como el varón está más amestizado, viene acá (a San Lorenzo) a experimentar. Incluso sabemos que, en algunas realidades, algunas personas





cobran la pensión de Juntos. ¿Qué hace el varón? Muchas veces, esa plata no la invierte en lo que es la leche o la educación de los niños; lo que hace es vienen y compran su licor y, como San Lorenzo tiene bastantes hoteles, [...] vienen acá a hacer una vida un poco más liberal” (San Lorenzo).

En cambio, sobre la mujer, tienen la percepción que “prácticamente es la persona encargada de los hijos, tiene un menor nivel porque solamente se basa a la producción de hijos [...] [y] no tiene la libertad de tomar sus propias decisiones”, a pesar de encargarse “de la recolección de los alimentos, incluso de la agricultura” (Atalaya).

Estas diferencias se expresan también, según los participantes, en el desempeño que tienen las mujeres durante las reuniones y actividades educativas, en las que “me he dado cuenta que la mujer es de poca opinión y muy poco participa. Pero cuando yo he visitado por cinco veces la misma comunidad, me he dado cuenta que, para la próxima ida, tenía mayor acogida con las mujeres, la cual ya participaba” (Atalaya).

Sin embargo, esta percepción fue relativizada en San Lorenzo, donde algunos participantes señalaron que las mujeres –al menos, Kandozi– están muy bien posicionadas dentro del hogar. Su función, dicen, “el hombre casi no lo hace; es su responsabilidad servir el masato, preparar y servir”. Allí, el hombre no decide, tampoco respecto a los productos del esfuerzo de la mujer: “si ella tiene gallinas y una persona quiere comprar una gallina al hombre, él dice: ‘no, es a mi mujer’. Igual, si ella pesca o vende algo que ella ha logrado, el hombre no define sobre eso, pero sí sobre lo que hizo él. [...] Para mí –en realidad, he trabajado más con la zona Kandozi–, la mujer tiene una posición muy fuerte dentro de su hogar y la comunidad” (San Lorenzo).

Es posible que, en esto, haya diferencias según la etnia. Así, uno de los participantes, que había tenido oportunidad de trabajar más con población Awajún, decía: “Cuando voy y deseo vacunar a un niño, en este caso, muchas veces la madre rechaza la vacuna. Pero cuando uno va y habla con el padre, sensibiliza, explica, aunque sea cinco o cuatro veces o las veces que sean necesarias, el padre es quien define, al final, si se vacuna o no se vacuna ese niño” (San Lorenzo). De igual modo, en algunas poblaciones, para que los trabajadores de salud puedan examinar a las mujeres y aun a los niños, tiene que autorizar y estar siempre el esposo (o la partera).

Ya respecto al comportamiento sexual y reproductivo, una percepción expresada en todos los talleres realizados es que las poblaciones indígenas no tienen interés por planificar el número de hijos que desean tener. En lugar de ello, “tienen la idea de poblarse más y así puedan tener más escuelas, que a veces no cuentan” (San Lorenzo) o “conquistar más territorios” (Sepahua). Incluso la mujer “reniega por no tener hijos y dice: ‘por eso he nacido mujer y tengo que cuidar mis hijos’”





(Sepahua) o piensa “si no tengo hijos, me van a cerrar la escuelita, me van a quitar los programas sociales” (Sepahua).

Frente a muchos de estos modos de pensar y vivir de la población, el personal de salud refiere no estar acuerdo: “nos sorprende, nos asusta, nos choca y no estamos de acuerdo” (Atalaya). Los embarazos adolescentes, la desigualdad en los roles y en el acceso a beneficios entre hombres y mujeres, la falta de actividad productiva de los hombres, de los que dicen que son ociosos, su oposición al uso y que ni siquiera permitan hablar de los métodos anticonceptivos, a lo cual atribuyen que “vemos bastante decadencia, vemos que muchas de estas mujeres tienen 10, 11, 12 hijos y tienen más posibilidad de morir que otras mujeres, una mujer de 30, 35” y que “puedan contraer el VIH o enfermedades de transmisión sexual. Obviamente, no utilizan preservativos, no miden el riesgo” (San Lorenzo), y sus consecuencias:



...hijos abandonados, de repente esos hijos van a ser dispersos en los primos, en los tíos, y no va a haber una buena crianza. [...] si son niñas, ya son entregadas a otras personas para que ya ellos empiecen una convivencia. Y, desde ahí, también podemos observar que hay niñitos recién nacidos prematuros, con bajo peso, iniciamos con la anemia, y muchas consecuencias más que, como Salud, tenemos que ver. (San Lorenzo)

A esta serie habría que agregar también el “achacar brujería a las personas, [...] [razón por la que] les tratan de hacer algo [a los acusados]” (Sepahua), o la falta de afecto que encuentran en la relación con sus hijos –“cuando se muere un niño, es como si se muriera un animalito, no se entristece. Si se muere la mujer, el padre, ya no le interesan sus hijos” (Atalaya)– y, en general, el modo de relacionarse con la muerte:



Yo, la primera vez que yo fui a trabajar, [...] el doctor me dice ponlo acá en la camilla y dice ‘a ver, traigan el cajón, el ataúd’. El señor le dice ‘ya está listo el hueco’, le envolvieron en la colcha y, de frente, le han cargado al hueco, ni siquiera le han velado. Y dice ‘¿no le van a velar?’ y responde ‘no hay vela acá doctor’. [...] Yo toda la vida he crecido en la ciudad; hay que velar, hacerle el ataúd, traer el cafecito. Pero allá, nada, de frente a cavar el hueco y ya está.” (Atalaya)

En tanto que una participante se preguntaba qué podría hacer, cómo respetar sus costumbres, cuando las concepciones con relación a las malformaciones congénitas podrían condenar a los niños que las portan al abandono o la muerte:





Sus mismas costumbres son muy diferentes a la nuestra y su forma actuar: [...] había nacido un niño con ano imperforado el niño. Entonces, yo lo agarro y le digo 'vamos a llevar a tu hijito a Obenteni, ahí lo van a atender, en Pucallpa, para que le hagan la operación' [...] 'Ya doctora –dice–, pero voy primero a traer mis cosas' [...] El señor decía que no era hijo de él, sino que era hijo del diablo y por eso ha salido mal. ¿Sabes qué le habían hecho? Al regresar le han golpeado en el árbol, como a cualquier animalito, pok en su cabecita, lo han matado y han llegado feliz a su casa. Es que ellos no quieren tener personas que estén enfermas, todos tienen que ser sanos. No puedes hacer más otras cosas. Cuando volví nuevamente al puesto, he pensado será su costumbre, no puedo objetar, decir nada. (Atalaya)

En el mismo sentido, una queja frecuente entre los trabajadores de salud era que la población indígena “No toman en cuenta las advertencias, no nos hacen caso”. “Uno le explica al paciente los síntomas, las señales de peligro; [...] pero, a veces, poco o nada le toman interés” (Lamas).

Esto se evidenciaba en las diversas escenificaciones que mostraban las visitas del personal de salud a las comunidades, en las que buscaban verificar si las familias cumplían las indicaciones que les daba el personal con relación al uso de micronutrientes, lavado de manos, etc., para encontrar que no les hacían caso (las madres no daban las chispitas a sus hijos, la tenían botada, el padre no había comprado jabón y los implementos de aseo, etc.).

Las explicaciones que entonces encontraban los remitían, en principio, a la idea de que se trata de una población con un nivel de educación muy bajo, que “no logra entender por más que le explicamos”. Además, piensan que “están acostumbrados a que les demos gratis. Dicen que no tienen dinero; pero, para dejarse engañar, sí tienen plata” (Chiriaco). Esto resulta inaceptable a algunos, que, por ejemplo, comentaban: “Eso es cruel, el Estado está invirtiendo para que estés bien y ¿qué haces?, no haces nada” (Lamas).

Al respecto, una percepción muy extendida entre los asistentes a los talleres de San Martín era que “la población no tiene conciencia” y tampoco le interesa su salud: “...hacemos charlas, y tú ves que cinco están mirando el cielo. Simplemente, hay personas que no les importa su salud.” En tal sentido, dicen, no tienen la cultura de prevención: “Nosotros le indicamos lo que tiene que hacer, cómo es, pero es como el niño en la escuela: por acá le dices y por acá se les sale”, y hay casos que “no es que no les interese, [...] [sino] que no saben las consecuencias que puede haber” (Lamas).





Otra queja frecuente de los participantes era la rapidez con la que las poblaciones indígenas cuentan todo lo que les ocurre, lo que piensan, lo que escuchan y le dan de inmediato valor de verdad. “No sé quién lo comenta, pero dicen ‘alguien lo ha contado’”. De este modo, si “trajeron el mal chisme, te malograron el trabajo”, “alguien que cuenta una cosa que pasa, lo perjudica todo” (Lamas). En tal sentido, el “chisme” es pensado como un factor que deviene en la pérdida del vínculo de confianza hacia los servicios de salud, incluso como una amenaza en la medida que, a través de él, se puede calumniar a las personas (señalar, por ejemplo, que hace brujería) y tramar venganzas (por ejemplo, por llamadas de atención contra el personal técnico indígena), en la medida que se piensa infundado y contrario siempre a los servicios.

Sin embargo, no es sólo lo malo lo que se transmite, si alguien “ve que algo le funcionó y se corre la voz, [...] o le pareció bien, y todos se pasan la voz” (Lamas). En tal sentido, se podría pensar –a partir de una idea planteada en uno de los talleres: “la comunidad no tiene voz para reclamar, sino sólo para chismosear”–, que chismosear es su modo de hablar y comunicarse las noticias y, entonces, que convendría “chismosear” y estar atentos a lo que se dice, porque por allí pasa el malestar y las buenas noticias de la comunidad, y tratar de transmitir, por ese canal, las noticias y los mensajes de salud.

Además, antes que combatir el medio de comunicación habría que comprender cómo nace y se genera una noticia o una percepción en la población. Esto no es del todo desconocido para el personal de salud. En uno de los talleres señalaban, “por ejemplo, el tema de la vacuna, ven que los veterinarios van con el mismo termo de las vacunas que les ponen a ellos, y entonces ya no quieren” (Lamas) y, en otro, referían que “estamos trabajando de manera descoordinada con los pediatras, que dicen ‘eso no sirve’ (refiriéndose a medicamentos genéricos) porque recetan medicamentos más caros” (Chiriaco).

A partir de lo señalado, era de esperar que muchos de los participantes vieran con expectativa los procesos de ‘mestizaje’ que vienen experimentando las diferentes culturas originarias de la Amazonía peruana. De hecho, algunos expresaron su beneplácito dado que, “como personal de salud, nos convendría, sería un punto a favor para hacer mejor nuestro trabajo, [...] porque se les entendería mejor” (San Lorenzo), como en el caso de poblaciones quechua hablantes que “anteriormente no aceptaban los métodos de planificación, ahora, ya conocen, aceptan, pasan la mayor parte [...], ya no hay ningún problema de conversación” (San Lorenzo).

Y es que antes era muy difícil el acceso. En la actualidad, “ya no se ve el indígena o el nativo puro. Por ejemplo, si tú vas a la zona de Morón del Huampis, el achuar ya es un..., totalmente, casi





civilizado” (San Lorenzo). De manera que “ya no hay ninguno que no quiera vacunarse o que no acuda al establecimiento de salud”. Ahora, tanto los servicios de Educación como Salud están entrando a las comunidades, lo mismo que algunos programas sociales, detrás de los cuales –en especial el programa JUNTOS–, van los negociantes, expandiendo los efectos de mestizaje:



Ellos casi están perdiendo la interculturalidad, porque ellos mayormente están dedicándose a la parte mestiza. Porque no solamente entra la parte de educación y salud, sino también la parte del comercio. Entonces, ellos, al entrar el comercio, cambian su cultura. Compra ropa que usamos aquí en la ciudad, ya dejaron sus costumbres. Ahora toman gaseosa, pierden la cultura del masato. Antes era todo al natural, se basaban en la naturaleza. Las pintadas eran con la pintura natural, que es el achiote, pero ahora, ya no, ahora es colorete de marca. [...] Ahora, la mayoría ya no quieren hablar su dialecto, se ha perdido el dialecto. (San Lorenzo)

Con relación a este proceso de mestizaje, cabe resaltar un aspecto que se desprende de él: que la cultura no es un sistema cerrado, invariable; por el contrario, se modifica en el intercambio, en la relación, incluso con el sólo contacto. En consecuencia, convendría comprender cómo se produce y cuáles son sus efectos en la dinámica social (familiar y comunitaria), así como en la experiencia subjetiva de los hombres y mujeres –de las niñas, niños, adolescentes y ancianos– de las comunidades indígenas, pero también de los servicios de salud que les brindan atención.

La discusión en los talleres evidenció también una representación acerca de las poblaciones indígenas marcada por el encuentro con otras culturas: poblaciones que tienen esperanzas de progreso, que “piensan en progresar y tener en el futuro, que sus hijos tengan algo, [...] una profesión, y crezcan un poquito mejor que ellos”, que “ven que los demás progresan, [...] construyen casas, [...] ven también la tecnología, [...] todo eso ya cambia en su forma de pensar, también en lo que come” (Chiriaco), que se molestan cuando los migrantes se burlan de sus costumbres y los políticos no cumplen lo que ofrecen, que se preocupan por la contaminación ambiental, la falta de caminos y servicios básicos, que se alegran al ver que su trabajo es reconocido.





3 ► El trabajo intercultural: campo de tensión y desconfianza

En cuanto a los tratamientos y estrategias de curación que emplean las poblaciones indígenas para afrontar la enfermedad, es una percepción común, entre los trabajadores de salud, que ellos están centrados en la “medicina natural” y en la intervención de sus curanderos siendo ésta su primera opción; de modo que muy pocas veces y, más bien, como último recurso, utilizan la medicina convencional. Es recién “cuando el curandero mismo ya no puede dar con la enfermedad, sanar, [que] ellos mismos ven a lo que es el personal de salud” (Ullpayacu). Respecto a esto, es interesante lo que uno de los técnicos de enfermería señalaba con relación a su propia experiencia: “es difícil elegir una posición cuando usas ambas cosas” (Atalaya).

Cabe resaltar que diversos participantes manifestaron que estos tratamientos, basados en plantas medicinales, eran empleados no sólo por poblaciones indígenas, sino también por los mestizos, incluso por sus propias familias, radicados en las ciudades:



Si nosotros retrocedemos una década atrás, [...] en cierto modo, hemos hecho el uso de las plantas medicinales. Entonces, el uso de plantas medicinales no es una particularidad de las poblaciones indígenas. [...] Estoy seguro que, en cierto modo, lo hemos utilizado en nuestros hogares. (Ullpayacu)

Muchos de ellos reconocían que son prácticas que, aunque no comprenden y tampoco creen en ellas, resultan eficaces y les sorprenden: “Son cosas que, a veces, como profesional, no cree, pero después, se sorprende. Y hay muchos casos así” (Ullpayacu). En todos los casos, esta apertura y reconocimiento proviene de alguna experiencia vivida, ya sea durante la niñez, con la familia o los abuelos, o en el encuentro, durante la práctica profesional, con alguna tradición local. Uno de los participantes relató:



...cuando ya ha salido el bebé, una señora viene y pone una correa encima de su camilla. Y yo: –‘¿Qué?’ –‘No, eso sirve para que salga la placenta rápido’. Les ponen una correa, por su creencia de que al colocar la correa va a salir la placenta. La expulsión de la placenta es hasta en 15 minutos. No sé si será la fe de ellos, pero la mayoría de mis pacientes siempre ha salido la placenta. (Ullpayacu)

Incluso varios participantes consideraban a la medicina tradicional como el precursor de donde surgen los fármacos convencionales: “¿De dónde viene la medicina convencional?, ¿de dónde se





saca? De las medicinas tradicionales” (San Lorenzo). Mencionan que son las mismas universidades las que “enseñan que la medicina tradicional contiene componentes fitoquímicos que también ayudan para diferentes problemas de salud” (Ullpayacu). En tal sentido, tienen componentes comunes que constituyen los principios activos que sustentarían la acción de los fármacos.

Algunos reconocen, además, que la medicina occidental, con toda su tecnología, no logra ser eficaz en todos los casos, pues “hay enfermedades que no pueden ser curadas por ella” (San Lorenzo), en cambio sí por la medicina tradicional, por ejemplo, “mal de ojo, mal aire, susto, todo eso, e incluso las hechicerías. [...] Y muchas veces, los pacientes van a los establecimientos de salud. Y la medicina convencional lo único que hace es empeorar a este paciente” (Atalaya).

De allí que, en algunos casos, el procedimiento o medicamento tradicional es incorporado al bagaje del trabajador de salud y empleado cuando no cuenta con el fármaco de elección o cuando la medicina convencional no tiene efectos. En estos casos, comentaba un participante: “cuando venía un paciente y no tenía gotas, le doy la receta de la hermana” (Ullpayacu), mientras que otro relataba “la experiencia de un compañero que regresó con una hemorragia y el médico no sabía qué hacer, le puso la ampolla y nada. Entonces se acordó [...] y dijo ‘mejor voy a traer esa medicina natural’ [...] y con esta medicina cortó la sangre”. (Ullpayacu)

No obstante, había también quienes referían experiencias del uso de procedimientos de la medicina tradicional que resultaron en efectos iatrogénicos dramáticos, como el que relató una participante en uno de los talleres en Loreto:



Tengo una experiencia que he pasado hace dos semanas nada más. Había nacido una bebita y parece que al momento de nacer había tenido dificultad y estaba enfermita. Me he ido a visitar a la mamá para que le lleve a su control. Me dijo: “Le voy a llevar al curandero”. [...] Después de dos meses regresa a la bebita al puesto y me dice que está mal. [...] Le estaban humeando con ají y eso le había afectado las vías respiratorias. A mí me causa impotencia, pero es su creencia de ellos. Dicen: “para que le aleje al diablo” porque dicen que el diablo le estaba haciendo mal. [...] A veces, yo digo voy a respetar la creencia. Pero, a veces, ya llegan a un límite también. No sé, a mí me causa impotencia. (San Lorenzo)

Pese a reconocer estos hechos, muchos planteaban la necesidad de que, a mediano o largo plazo, el Estado invierta en investigaciones tendientes a “descubrir qué componentes tienen, cómo se podría usar, cuál es la dosificación exacta” (Ullpayacu) de los tratamientos tradicionales, con el fin





de darle soporte “científico” y credibilidad al uso de la sustancia o del procedimiento, sin importar el contexto simbólico o cultural ni las creencias de la persona:



Si un niño está con fiebre, está con vómitos, le soban el huevo, dicen que le ha dado mal de ojo. Y cuando entra al centro de salud dicen que la ampolla lo mata porque está con mal de ojo. Pero, como dije, ¿qué propiedades tiene el huevo cuando lo está pasando?, porque no se ha hecho el estudio científico respectivo. (San Lorenzo)

Se muestra, en estas propuestas y objeciones, la hegemonía de una visión “cientificista”, que busca comprobar, con base en sus parámetros y concepciones –más que comprender en qué consiste–, la eficacia de las intervenciones de la medicina tradicional. Desde esta posición –se desprende de sus expresiones–, aquellas prácticas o plantas medicinales que no demuestren valor estadísticamente significativo y/o un mecanismo de acción objetivable que lo explique, no podrán ser “acreditadas” y aceptadas por ellos.

A partir de lo expuesto, no cabría sorprenderse que el trabajo intercultural continúe siendo un campo de resistencia y contradicciones al interior de los servicios de salud frente a las normas y el discurso del enfoque intercultural, y que “hasta ahora [haya personal de salud que] siguen criticando ‘¿por qué yo tengo que atender como ellos (las poblaciones indígenas) quieren, si a mí me enseñaron otras cosas?’” (Lamas).

Tampoco que algunos se pregunten, en el mismo sentido, “¿De qué manera podemos mejorar la calidad de la salud si hay algunos grupos étnicos que practican, a veces, las malas costumbres y, si yo trato de respetar eso, van a seguir cultivando, de repente, lo mismo?” (Ullpayacu) o sostengan que “no podemos aceptar, de buenas a primeras ‘toma tu planta, te doy tu pastilla’. ¿Qué tal si hay contraindicaciones de las pastillas con la planta y en vez de causarle un bien le vamos a causar un daño?” (San Lorenzo).

Por el contrario, cabría indagar ¿cómo impactan y se expresan estas representaciones en la puesta en práctica del enfoque intercultural de quienes intentan aplicarlo?

En principio, algunos consideraban que no se debería “darles por su lado totalmente”, pues “hay cosas que también tenemos que enseñarles, [...] hay que corregirles algunas cosas” (Lamas).

En tal sentido, la idea del trabajo intercultural, como un “proceso de enseñanza y aprendizaje mutuo”, con el cual “vamos a poder ir cambiando, poco a poco, las malas creencias que ellos tienen, pero de una manera progresiva, e ir enseñándoles, explicándoles [...] [mientras] ellos nos





van a enseñar sus modos, sus costumbres” (Lamas), se muestra predominante, sobre todo en los profesionales de salud.

Otros participantes consideraban que podría respetarse la creencia “mientras no esté interrumpiendo la salud del niño ni de la madre. [...] Si tú evalúas, sabes que puede darlo [el parto] normalmente en casa, que no existe ninguna complicación, te puedes hospedar ahí en la casa, respetando todas sus creencias; [...] se puede aceptar la creencia de la señora y hacerle que dé en su casa” (San Lorenzo). Dicho en otras palabras: “hay cosas que hacen y que les hace mal, [...] pero también hay cosas que hacen y que no les hace ni bien ni mal, sino que probablemente sea inocuo, y se lo dejamos mientras tanto podamos hacer una especie de trueque, para que deje de hacer lo que le hace daño y le dejamos hacer otra.” (Lamas)

Visto desde esta perspectiva, el trabajador de salud queda ubicado como un juez o guardián que decide qué deja hacer (aunque sea temporalmente) y qué no: “Yo te permito hasta donde mi formación científica-universitaria me permita dejar hacer las cosas. Tampoco le vamos a permitir todo” (Lamas).

Cualquiera que fuera su posición al respecto, la estrategia, para muchos, era: “podemos hacerles creer que estamos de su lado y que estamos haciendo caso. Y poco a poco ir adaptándolos de cómo, de verdad, debería tratarse un postparto, un parto.” En tal sentido, el respeto a la cultura, a las creencias y costumbres de las personas, se convierte en un semblante (“hacerles creer”) con el fin de “cambiarles un poco la idea” y lograr su consentimiento a la intervención institucional.

El problema es que, si se considera que lo que creen las personas, producto de la ignorancia o de su cultura, “es mentira”, “no es real”, es erróneo, incluso dañino, será difícil valorar, escuchar y servirse de ello para orientar la acción. Y, por el contrario, en el momento en que se exprese una idea o práctica que se oponga o difiera de las profesadas por los servicios de salud como correctas o verdaderas, será objeto de repudio, sanción y corrección, incluso de malas maneras (regañándoles o gritándoles).

De hecho, en muchas de las escenificaciones propuestas por los grupos sobre situaciones que deben enfrentar en su trabajo cotidiano, se mostraban intervenciones parecidas, en las que el personal de salud, frente a “algo [que] se le sale de su cabeza (es decir, que difiere de su esquema mental), porque no llegó a su primer control o a su primera vacuna, la primera reacción es llamarle la atención [...], que es lo primero que se nos viene a la cabeza” (Lamas). Así, uno de los sketches presentados en los talleres mostraba la siguiente situación:





Un promotor de salud, que había identificado una comunidad que no venía al control, logra llevar a una familia de allí al puesto de salud, después de viajar un día en balsa. La situación consiste en que el niño no tiene controles ni vacunas. Al iniciar la consulta, lo primero que el técnico de salud les pregunta es '¿por qué no han traído a su hijo antes?', a lo que el padre responde que viven muy lejos y no pueden venir siempre. El técnico comienza a pesar y tallar al niño, indicando que está con desnutrición crónica. Entonces, indaga sobre lo que come, y luego les indica que debe comer alimentos con proteína animal, que es necesario que acuda al control y a las vacunas. Al respecto, la familia dice que la vacuna es para animales y que tiene SIDA, ante lo cual el personal responde diciendo que eso que están hablando son sólo chismes. (Lamas)

Antes de preguntar por los motivos –¿qué fue lo que pasó?, ¿por qué hizo o no hizo algo?–, con frecuencia, la primera reacción es “molestarte o reñirle al paciente”, con dos efectos notorios para los participantes: el primero, que “hay madres que jamás vuelven”; el segundo, el silencio y la falta de comunicación –“a veces, por vergüenza o por miedo, te dicen que han comprendido” y, entonces, “pensamos que nos entienden y no es así” (Lamas).

Cabe señalar, en este punto, que no es que los efectos de esta reacción no se conozcan ni que pasen desapercibidos, lo que sucede es que, a pesar de ello, “a veces, es tanta la impotencia de que ves a un niño de dos años o tres años con los dientes destruidos, y te gana..., se te sale el indio, por así decirlo”. “Es una reacción ante la negativa o la poca importancia que toma, la otra persona, del riesgo”. Es que “nosotros le indicamos lo que tiene que hacer, cómo es [...]. Entonces, cuando llegan con la emergencia, [...] y les decimos, ‘pero yo te dije’, y nos sacan excusas, ‘que no estaba mi esposo’, ‘que es la distancia, la movilidad’, ‘que llovió’, nos sacan pretextos, se nos crea un conflicto” (Lamas). En otras palabras, cada vez que la población no hace caso a lo que ellos les indican, inmediatamente aparecen la impotencia y la rabia, que se expresan y motivan el regaño.

Por otra parte, cabe también resaltar como un rasgo muy frecuente en los sketches, que el personal de salud se dirige a las personas sin saludarlos y sin preguntarles cómo se encuentran o sobre lo que les molesta o preocupa, incluso, cuando son niños, los abordan para examinarlos sin explicarles lo que van a hacer y sin pedirles su consentimiento (tampoco a sus acompañantes):





“Estamos viniendo a controlar a tu niño. Necesitamos su carnet de vacunación.... Tu niño tiene 3 añitos. Hay que sacarle su hemoglobina. Vamos a ver cómo está su peso y su talla y su hemoglobina”. No le habla, no le explica, la jala, la coloca sobre la balanza, después en el tallímetro, para sacarle la sangre, le explica lo que “vamos a hacer es..., no te preocupes”. Pero ya obtenida la sangre, no le vuelve a hablar. “Tu niña tiene anemia moderada. Le vamos a dar su multimicronutriente. Te vamos a dar 30 sobrecitos [...], pero lo principal es la comida, debe comer [...]” (Atalaya)

Tampoco escuchaban las preguntas que los padres querían formular. Entonces, se genera una escena de terror: las niñas escapan, se esconden, lloran; la madre no entendía, no quería, pero no decía nada; el personal de salud se acercaba y jalaba a la niña del brazo. Es una escena que se repite, en la que habla sólo el personal de salud sobre lo que le interesa, sobre su actividad, y habla a los que deciden –relegando a los niños y, en ocasiones, a la madre; sólo al padre o al apu–, en español, con palabras técnicas, que muchas veces van acompañadas de regaños: “Vamos a ver su historia clínica, a ver si ha venido.... No ha venido a su control, ¿por qué no ha venido? [...] Está así porque no ha venido a su control” (Atalaya). Eran consultas o visitas centradas en los objetivos del servicio (la vacuna, el control de peso y talla), no en el niño ni en la preocupación de la familia, dando la impresión de que no se presta atención a las personas y que la atención “se hace por cumplir”.

En consecuencia, se pone en evidencia que el enfoque intercultural, tal como es aplicado en la práctica, no llega a incorporar, en los servicios, la perspectiva de las comunidades usuarias, ya que “estamos acostumbrados a dar soluciones basados en nuestro pensamiento” (Lamas). A pesar de las formas, no se dialoga, se impone. Como decía uno de los participantes:



...nos cuesta todavía, ponernos en el lugar de ellos y terminar de comprender que es ésta la manera que, para ellos, funciona de manera adecuada las cosas. (Lamas)

A esto se suma el hecho que “el sistema de salud occidental tiene normas [...] y el personal de salud está enseñado bajo ese círculo. [...] Tú sales fuera de eso, hay una muerte materna y, de hecho, te van a juzgar si no has aplicado ese sistema de salud occidental” (San Lorenzo). De allí que algunos señalen que el sistema de salud está dejando de lado el conocimiento y la práctica de la medicina tradicional aun donde no tenemos medicina convencional, “haciendo que nosotros perdamos ese conocimiento que tenemos” (San Lorenzo), porque:





¿qué pasas tú, como técnico o profesional de salud, recetas eso en tu establecimiento de salud? El sistema está haciendo que nosotros perdamos ese conocimiento. Nosotros ya no tenemos muchos conocimientos como mi madre o la madre de mi madre, que sabían cuáles plantas tenían más efectos según las enfermedades. (San Lorenzo)

Cabe señalar, además, recogiendo la percepción de algunos participantes, que “los indicadores no son interculturales” (Pongo de Caynarachi), parecen, por el contrario, indiferentes a las particularidades y diferencias. Esto representa un problema para el enfoque intercultural, dada la función normativa del indicador, que coloca al personal de salud ante un dilema: “¿qué hacer si [las personas] no aceptan [la intervención], si ni siquiera permiten que nos metamos?” (Pongo de Caynarachi).

Asimismo, parece claro –así lo dejan ver los diferentes testimonios recogidos en los talleres– que, en los servicios de salud, “como trabajamos en función de indicadores, no tenemos tiempo” (Pongo de Caynarachi). Todo el interés y esfuerzo de los trabajadores de salud está dedicado al cumplimiento de las metas de los programas y, para ello, procuran “terminar de atender a todos los pacientes que llegan” en el menor tiempo posible. No hay tiempo para más, “no hay tiempo para hacer y decir muchas cosas” (Atalaya), y de eso se dan cuenta los usuarios.

Adicionalmente, la rigidez de las normas –pensadas en función de realidades estandarizadas–, su poca flexibilidad para adecuarse a entornos sociales, culturales, institucionales y geográficos diversos, la falta de recursos (entre ellos, de personal) y el exceso de trabajo (“por la cantidad de historias clínicas y formatos que tengo que llenar”) dificulta que el personal de salud preste atención a las personas que acuden a los establecimientos de salud, que preste atención a lo que dicen. Esta situación queda bien graficada en la siguiente viñeta:



...cuando trabajamos solos, cuando hay más demanda de pacientes, cuando la población es grande y para manejar todos los programas que nos pide el Ministerio de Salud, [...] a veces, hacemos el trabajo por terminar de atender a todos los pacientes que llegan o [...] nos está esperando un enfermo. A veces, hay algunos que están esperando y se van, [...] eso es lo que mayormente está sucediendo, que a veces el paciente pregunta y uno está hablando y ese paciente se da cuenta que no le pones atención, porque el paciente te mira desde que ingresas. (Chiriaco)

También se suma un problema referido, de modo muy sentido, por varios participantes: la indiferencia y el desinterés que tienen los trabajadores de salud, que vuelven “deficientes y





lentos” el flujo de los procesos administrativos que tienen a su cargo y “no nos deja avanzar y poder cumplir”; pero también se expresa en la atención a los usuarios, sobre todo en los casos del personal nombrado, que “dejan de trabajar y poner empeño, dejando a los CAS y servicios de terceros realizando el trabajo”, aduciendo:



...“yo no doy más de mi tiempo, cumplo a la una”, así tenga que atender un parto, como sea, le dejo al otro compañero, sin importarme si esa paciente se quiere atender o no. Y más aún, [...] te dicen “cumplo mi horario y punto”, así la paciente haya caminado ocho horas. (Lamas)

En este contexto, las poblaciones y ciudadanos y ciudadanas indígenas de la Amazonía perciben que el Estado y los servicios de salud no se interesan por ellos, sienten “acá no me quieren” y, en tal sentido, reclaman: “¿Para qué traen [puestos de salud], si me va a atender alguien igual que yo?”, “piensan que les damos sólo paracetamol, calmantes” y “se molestan cuando van al centro de salud y no les dan medicamentos”. “Las vacunas también la rechazan, ‘esa vacuna, ese no es bueno, es para animal’”. Esta percepción se extiende hacia los servidores públicos, de quienes piensan sólo quieren cumplir sus metas y conseguir beneficios.

De allí que sea alrededor de los programas sobre los cuales el personal de salud más insiste, buscando cumplir metas (vacunación, CRED, anemia, parto institucional), que se produce la mayor desconfianza y la sospecha de que no es para beneficiar al paciente o a la población, sino para beneficio del personal de salud.



Nosotros somos funcionarios del Estado, hacemos según las normativas y metas. Yo tengo que cumplir con esta actividad. Entonces, cuando insistimos, piensan que es para nuestro beneficio. [...] dicen que el Estado paga más (al personal de salud) por controlar a los niños, a las gestantes, por vacunar. (Chiriaco)

A partir de lo expuesto, lo que evidencian los talleres es una permanente tensión y desconfianza que atraviesa las relaciones entre los servicios de salud estatales y la población indígena; y en algunos casos también entre los trabajadores mestizos (fundamentalmente profesionales) e indígenas (básicamente técnicos sanitarios), que acrecientan la separación de estos dos mundos, que resultan no sólo difíciles de integrar, sino en continuo enfrentamiento: “Uno, que no aceptan el parto institucional, y lo otro, [...] que no aceptan sus creencias, no respetan sus costumbres de estas personas” (San Lorenzo).





Dicha tensión, en el caso de la población awajún (incluidos los técnicos de enfermería) en la región Amazonas, presenta características particulares que la hacen más conflictiva. Entre ellas, destacan las representaciones que la población tiene acerca del Estado y de los propios servicios de salud y sus trabajadores. Según las narraciones de los participantes, es una representación que imagina al Estado –y a los servicios de salud–, por una parte, como agentes que están al acecho para despojarles de sus riquezas, sus tierras, incluso sus órganos (es por eso que “...lo van a llevar para hacer cesárea y quitarle órganos”); pero también piensan que “quiere matar a sus niños”, que quiere exterminar a su población. En esta lógica, se oponen a las vacunas (“Tienen miedo a aceptar [las vacunas] porque de esa forma los van a acabar”, “que las vacunas tenían SIDA”) y al tratamiento contra la anemia (“las chispitas es para matar hormigas y así los quieren dar a los niños”).

Sin embargo, si bien estas posiciones son predominantes, conviene rescatar algunas experiencias de diálogo de saberes y articulación de prácticas entre medicina tradicional y medicina convencional que se han desarrollado, sobre todo, en Atalaya, no como resultado de una propuesta institucional desde el Estado, sino por la iniciativa y el interés de aprender y curar de algunos servidores públicos (en especial, técnicos de enfermería de puestos de salud) ante el desabastecimiento de medicamentos y la falta de apoyo por parte del Sector y la Región.

En tales circunstancias, este personal acude a los chamanes, les preguntan y buscan aprender –“Claro que hay diferencias, pero conversamos y aprendo de ellos y ellos aprenden de mí” (Atalaya)– y poner a prueba lo aprendido. La clave para hacerlo es que “Me encanta preguntar, conocer” (Atalaya), es decir, la curiosidad, las ganas de saber y reconocerse faltos de recursos y conocimiento en determinadas circunstancias.



En una cultura se intercambian prácticas de salud. Viene un paciente al establecimiento de gravedad; pero, primero, ¿adónde han ido? A un curandero, a un brujo. Primero, acuden a eso y, luego, cuando ya están mal, vienen al establecimiento. [...] Si no contamos con medicinas, entonces, ¿qué vamos a hacer para calmar el dolor o la diarrea? ¿Qué hacemos? Algunos, en la cultura, saben hacer un remedio, por ejemplo, con las plantas. [...] Si no mejora, luego, nos vamos en bote a un establecimiento de salud”. (Atalaya)

A partir de ello, fueron progresivamente incorporando las plantas medicinales y los saberes de la comunidad en su propia práctica, permitiendo y haciendo uso, además, de algo que, cuentan, es una costumbre en algunos lugares: “Cuando hay una emergencia, vienen todos a la posta, todos





@GIZ/Thomás Müller

aportan para resolver el problema”. El hecho de escuchar y dar lugar a sus soluciones, les permite no sólo resolver problemas sino construir confianza y vínculo con el establecimiento de salud. Es una lección que se desprende de esta experiencia y que resulta corroborada por el efecto inverso que se produce cuando “Quieren traer su medicina tradicional, les decían que no, entonces, ya no venían” (Atalaya).

También se desprende y comprueba que los “expertos” y las lecciones que podrían orientar, inspirar y motivar muchas de las propuestas para mejorar servicios e impulsar el enfoque intercultural en la Amazonía se encuentran en el campo y, donde menos se busca, en los puestos de salud periféricos y en las ideas e iniciativas de los técnicos de enfermería, que deben vérselas con la necesidad y la falta de recursos. De allí que conviene resaltar lo que una de ellas decía: “somos oportunidad de cambiar esto” (Atalaya), y lo que concluía otro participante:



Hay personal de salud –nosotros nos hemos encontrado con varios–, como el caso de una enfermera en Atalaya, que llevaba 12 años teniendo un biohuerto y tenía cada planta y cada dosis en castellano y no me acuerdo en cual otra lengua. Eso nos permite tener espacios de encuentro con otros actores porque si vamos a seguir con la posición de nosotros, referentes occidentales o convencionales, a liderar todo, no tendría sentido tratar temas de interculturalidad.” (Atalaya)

Asimismo, se evidencia la existencia de una serie de observaciones y conocimientos sobre el trabajo con poblaciones indígenas que el personal de salud tiene (al menos algunos de los que participaron en los talleres) y que no parecieran haberse dado cuenta ni emplear, pese al valor que podrían tener para orientar el trabajo con enfoque intercultural. Son, al menos, tres:





a ► Lo que más le importa al paciente es ser escuchado

En uno de los talleres, una observación señalada por alguno de los participantes fue que “lo que más le importa al paciente es que se vaya escuchado, no es simplemente vino, te doy tal medicamento, sino que se siente una persona” (Lamas). Sentirse persona pasa, desde este punto de vista, por la escucha y, si recordamos algunas de las referencias anteriores, por el interés del personal que le atiende, por su reconocimiento no sólo como enfermo (como portador de una enfermedad que atrapa el interés del prestador), sino como persona, de manera integral.



...muchos de los pacientes quieren ser escuchados, no sólo por la enfermedad que tienen, sino por el problema que, en sí, está englobando dentro de su hogar o dentro del entorno que ellos tienen. [...] Y ella se va mucho más aliviada, si le damos un poquito de tiempo en la calidad del servicio que le estamos brindando. (Lamas)

Este interés –la posibilidad de hablar y ser escuchado como persona, que engloba sus preocupaciones respecto a sus relaciones en el hogar y con el entorno social, que dicho interés permite–, tiene efectos de alivio y curación para la población indígena, según lo señalado por este participante. Es un elemento que no habría que dejar pasar, que sería importante señalar, ampliar su descripción y discutir, en el momento en que aparece.

Esta misma necesidad de reconocimiento, ya no sólo como persona sino como cultura, es la que se expresa del lado de los técnicos de enfermería indígenas awajún que trabajan en los servicios de salud en Amazonas.



...nuestros compañeros, médicos, ingenieros, todos profesionales, nunca han probado, nunca han conocido ni han visto “wayusa”, qué cosa es. Pero sí, como estamos intercambiando ideas, cultura y costumbre, porque somos bilingües y, asimismo, somos quienes estudiamos medicina, derecho, muchas cosas se estudian. Por eso, vale que ellos también respeten y conozcan. (Nieva)

Es un testimonio que expresa lo que sería una perspectiva intercultural, interesada en conocer la cultura del otro y, entonces, estudian sus saberes, conocen la lengua, para intercambiar ideas, cultura y costumbres; pero, también, esperan que los otros hagan lo mismo, “respeten y conozcan”. En tal sentido, constituyen potenciales aliados en la formación del personal en aspectos de interculturalidad, que habría que idear cómo fortalecer.





b ▶ Aceptar su saber para hacer posible el intercambio

Otra observación, que resulta de la experiencia, referida a los efectos de la práctica de respeto y diálogo intercultural, muestra que “si aceptas su conocimiento (de la población) y no resulta lo que proponían, solitos aceptan la derivación del paciente” (Nieva). ¿Qué significa aceptar su conocimiento? Uno de los sketches que recreaba la experiencia de uno de los participantes da cuenta de lo que podría ser una respuesta a esta pregunta, un modo de aceptación:



Una enfermera instruye a unas mujeres indígenas cómo bañar a sus bebés en una tina, ellas acceden con facilidad. Sin embargo, otra mujer dice ‘Yo bañar como mis abuelos enseñar, yo no bañar como usted enseña’. Entonces, se va afuera, desviste a su bebé y, tomando el agua en su boca, para calentarla, se la echa en el cuerpo de a poquitos. Al verla, la enfermera le invita a pasar diciéndole ‘Igualito como lo estás haciendo le vas a hacer allá en el cuarto’. La enfermera acoge el modo de bañar a un bebé de la mujer indígena. La participante señala que “se trató de rescatar la cultura que tiene la mamá; y, al mismo tiempo, darle pequeñas orientaciones.” (Lamas)

c ▶ Reflexionar desde la empatía

Finalmente, muchos de los reclamos y del malestar que manifestaba el personal de salud con relación a las dificultades y exigencias de adaptación de sus propias concepciones, creencias y prácticas a las de las poblaciones indígenas es posible observarlos también en la población –por ejemplo, uno de los participantes refería “[No quisiera que] las cuestiones culturales muy nuestras (refiriéndose a las suyas) vayamos dejándolas de lado. Para mí eso representa bastante mi orgullo, como peruano”–.

Convendría trabajar estos aspectos que les molestan –i.e., las exigencias de adaptación que les imponen sus superiores y las dificultades que enfrentan para lograrlo– y observar cómo se manifiesta esto en la población, con el fin de comprender un poco los procesos afectivos y de aprendizaje que ocurren cuando las personas (incluidos ellos y los otros) se encuentran con otras que piensan diferente. Tal vez, a partir de ello, sea posible idear modos de relación y estrategias de trabajo con lo diverso.

No se trata de renunciar a la cultura para acoplarse a la del otro. Fuera de que es imposible y para algunos inadmisibles, resulta innecesario. Se trata de conocer las costumbres y prácticas,





comprender la concepción que hay en la base de ellas, observar los efectos de nuestra acción –como cuando vamos a un país extraño y observamos cómo es el sistema de compra de un producto o de ingreso al sistema de transporte, por dónde va la gente y atraviesa la pista o cómo se viste–, para trabajar desde allí, con la gente, para ser eficaz –para evitar el ridículo, un escándalo, ser atropellado o atropellar, en fin, ser segregado. También para evitar o mitigar la sensación de renunciar o dejar de lado “mi cultura”, “mi identidad”, evitar la rivalidad del “o yo o el otro”, expresada por algunos participantes:



Si el paciente te va a decir cómo quiero..., tampoco son las cosas así, yo no trabajo así. Hay normas y reglas que debo de seguir, pero también tiene que acoplarse. Y tiene que haber un orden, me respetas a mí, yo te respeto a ti. (Lamas)





CONCLUSIONES



1 ► Necesidades formativas de los participantes

La interculturalidad, como competencia personal, alude a la capacidad para desenvolverse y comunicarse en contextos de interacción con personas de otras culturas de un modo que, siendo conscientes de su identidad cultural y de las diferencias culturales de los otros, puedan establecer relaciones de confianza, reconocimiento, diálogo, aprendizaje e intercambio que los satisfaga mutuamente.

En este sentido, el Enfoque de Interculturalidad constituye una herramienta que permite analizar las relaciones de poder y de reconocimiento entre grupos culturales que cohabitan un mismo espacio, identificando las causas de las situaciones de exclusión o discriminación y de jerarquías, para promover la igualdad de las culturas y el reconocimiento de sus diferencias.

De allí que son competencias que el Enfoque de Interculturalidad busca promover y fortalecer:

1) el reconocimiento y respeto a la identidad y a la diversidad cultural, para generar relaciones positivas y equitativas entre grupos culturales diversos; 2) análisis y actitud crítica intercultural, con el fin de impulsar cambios orientados a reducir la inequidad y desigualdad en su entorno; 3) el diálogo intercultural, es decir, la capacidad de comunicarse en condiciones de apertura e igualdad, promoviendo la participación, la concertación y la construcción de iniciativas que integren diferentes perspectivas culturales.

Al respecto, si bien varios participantes –sobre todo en San Martín– señalaron que habían participado anteriormente en talleres sobre el Enfoque de Interculturalidad en salud –algunos refiriendo incluso que les había cambiado su modo de pensar–, es claro que son pocas las competencias interculturales que orientan el trabajo en los servicios de salud.

En principio, en los talleres, se pudo apreciar el predominio de un concepto de cultura que la reduce a las costumbres, estilos de vida y expresiones artísticas, que se piensan como estáticas en el tiempo. Es un concepto que desconoce la función de la cultura como sistema de interpretación de la realidad y regulación de los comportamientos y los modos de relación con los demás y la





naturaleza y, como tal, cimiento para entender y aceptar cualquier idea o conocimiento nuevo. De allí que uno de los aspectos que resulta fundamental trabajar con los servidores de salud es reconocer la función y el valor de la cultura en la vida de los seres humanos, incluyendo los trabajadores de salud, y aprender a operar con ella, no contra ella.

Además, es una concepción que opone la cultura con la ciencia, siendo la cultura un atributo propio de algunas poblaciones –indígenas, migrantes de la sierra– mientras que la ciencia corresponde a quienes se han formado en la universidad, entre ellos, los profesionales de salud, poseedores del saber y la práctica de la medicina occidental. La diferencia fundamental está dada por su relación con la verdad, siendo la primera errónea, mentira, incluso dañina; en tanto que la ciencia, es ajena a las tradiciones, a las creencias y a cualquier otra influencia que no fuera el conocimiento comprobado.

Es una concepción peyorativa de la cultura y las culturas, que impide valorar, escuchar, indagar, acoger el saber y las prácticas de las poblaciones a las cuales se la atribuyen, lo cual tiene consecuencias en las competencias interculturales mencionadas:



1► Con relación al reconocimiento y respeto a la diversidad cultural:

si bien el personal de las redes y establecimientos de salud conoce que las personas tienen diversas identidades y características culturales y tratan de adaptar algunas de sus intervenciones (p.ej., la atención del parto, las visitas domiciliarias) según las preferencias y costumbres de la población, lo hacen en la medida que no sea incompatible con su “formación científica-universitaria” y que les brinde un semblante con el cual ganar la confianza del paciente para “cambiarle un poco las malas creencias que ellos tienen” y “cumplan lo que les brindamos”.

A partir de esta lógica, en la práctica, no son muchos los esfuerzos e iniciativas por incorporar la perspectiva de la población –sus creencias, sus prácticas de curación, sus agentes de salud, sus costumbres– en los programas y servicios que proporcionan. Todas sus soluciones se basan en “nuestro pensamiento”. No aceptan las “maneras adecuadas de funcionar las cosas para otros”. Por tanto, tampoco piden asesoría o apoyo a personas o grupos culturalmente diversos, ni promueven su participación en las distintas fases del ciclo de la gestión pública.





2► **Con relación al análisis y actitud crítica intercultural**, muy pocos participantes mostraron tener conocimientos, preocupación y capacidad de análisis que les permitan identificar y proponer alternativas de mejora a las situaciones de inequidad y marginación que afectan a los usuarios y población indígena con los que trabajan. Tampoco para identificar los estereotipos y prejuicios que poseen o que se presentan en su entorno, e interrogarlos.



3► **Con relación al diálogo intercultural**: si bien conocen que existen diversas características lingüísticas y formas de comunicación asociadas a ellas y, en general, tienen disposición para dialogar con personas con culturas diversas, la mayoría no reconoce validez a sus conocimientos y puntos de vista.

En tal sentido, predomina una comunicación unidireccional centrada en lo que le interesa al proveedor de salud –interés por la mejora de los indicadores de los programas y por educar y convencer a las usuarias y usuarios para que acepten recibir sus beneficios y hacer lo que les indican– y que no parece recoger y tomar en cuenta las opiniones y modos de entender la realidad de los usuarios, población y técnicos de salud con culturas diversas. Tampoco parece valorar y emplear los medios de comunicación o mecanismos de participación que reconocen que usa la gente, para facilitar y mantener un diálogo horizontal constante.

En el contexto descrito, los escenarios de interacción intercultural se presentan como campos de disputa –de poder y reconocimiento– y desconfianza mutua, que encuentran material de combustión, por una parte, en las representaciones que la población ha forjado históricamente (y valida en lo cotidiano) del Estado, como agente interesado en obtener beneficios a costa suya, lo que da lugar a la desconfianza y el rechazo de cuanto le ofrece; y, por otra, en la rabia que genera en los trabajadores de salud la falta de docilidad y obediencia (que no les haga caso) de la población, lo que da lugar al regaño y al maltrato.

Por lo demás, independientemente de la formación del personal de salud sobre el enfoque intercultural –proceso aparentemente nuevo en el sistema público–, emergieron en los talleres





diversos elementos relacionados que tienen que ver con la calidad de atención y que deben ser abordados necesaria y simultáneamente.

2 ▶ Lecciones metodológicas para el trabajo futuro

La presente intervención tenía como objetivo sensibilizar a los proveedores y proveedoras de servicios de salud sobre la importancia de incluir el enfoque de interculturalidad en la prestación y consejería en salud, nutrición y cuidado infantil, como vía para agregar valor público a su función. Su desarrollo permitió explorar y reflexionar sobre las experiencias de encuentro e interacción de los participantes con la cultura de la población local, discutir posiciones al respecto y plantear posibilidades de acción. La metodología de arte-educación demostró utilidad para crear un ambiente democrático, de diálogo entre participantes, pero también para permitir la emergencia de lo que, en el fondo, los participantes piensan.

Los efectos de las dinámicas fueron diferentes según la composición de los participantes –i.e., si había presencia mayoritaria o escasa de personal de salud indígena, si había gran presencia de personal con cargos de dirección regional o de redes o si prevalecía el personal asistencial–, es decir, según el grado y modo como la interacción intercultural los interpelaba y concernía y según la posición que tenían y desde la cual respondían a dicha interpelación.

Así, en el personal técnico de origen indígena, el taller les permitió expresar su sentir respecto a su quehacer y a sus relaciones con el sistema de salud, con sus compañeros de trabajo y con la población a la que brindan atención. Les permitió también hablar de su cultura y reencontrarse con ella, tomar la palabra por su pueblo, empoderarse y reclamar respeto y reconocimiento y, en algunos casos, también interrogar su posición –desde la cual ejercían su labor, desconociendo su propia cultura–, encontrando en ellos un potencial aliado para la sensibilización y formación de los equipos de salud en el enfoque de interculturalidad.

En el personal mestizo que trabaja en los establecimientos de salud, el taller les permitió darse cuenta de los efectos de algunas intervenciones en la relación de la población con los servicios de salud y encontrar explicación a algunos comportamientos y reacciones de los usuarios y pobladores. En tal sentido, cabe esperar que hayan logrado valorar la importancia del enfoque en la prestación de servicios de salud y para su práctica profesional.

Sin embargo, a partir de los efectos observados durante la realización de los talleres, se desprenden algunas indicaciones a tomar en cuenta en el futuro:





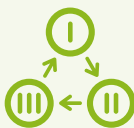
- 1► El trabajo de sensibilización y formación sobre el Enfoque Intercultural debe dirigirse a todo el personal de salud, incluyendo al personal profesional y técnico, de origen indígena y mestizo.



- 2► Las convocatorias deben ser anticipadas, no repentinas, y propiciar la participación de todos en el intercambio de ideas y en la construcción de alternativas de solución.



- 3► Los abordajes principalmente teóricos y normativos encuentran limitaciones muy pronto en la práctica (“entran por un oído y salen por el otro”). La formación en el tema debe sustentarse en las experiencias (dificultades, conflictos) de los participantes; es decir, partir de ellas y dirigirse a ellas.



- 4► En este desarrollo, se requiere un trabajo de reflexión y elaboración continuo, no esporádico; en el que se esboza como un recurso para abordar los desencuentros con el otro cultural, la reflexión desde la experiencia propia y, en particular, los esfuerzos de mejora continua. En tal sentido, se perfila con un gran potencial la sistematización de las experiencias de los servidores de salud y las prácticas de trabajo intercultural.





REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS



- ◆ Almaguer, J. A. (2007). Modelos interculturales de servicios de la salud. *Salud Pública de México*, 49, 84-93.
- ◆ Dauvin M. & Lorant V. (2017). Cultural competence and social relationships: a social network analysis. *International Nursing Review*, 64, 195–204.
- ◆ Ministerio de Salud Pública Ecuador. (2010). *Salud, interculturalidad y derechos. Claves para la reconstrucción del Sumak Kawsay-Buen Vivir.*
- ◆ Huertas, B. (2019). Propuesta de sensibilización para la protección de los pueblos en aislamiento, contacto reciente y contacto inicial. <http://orasconhu.org/documentos/SI%205%20%20Prop%20Mod%20sensib%20y%20cap%20PAV%20junio%2009.pdf>
- ◆ Intercultural Working Group - North West Inner City Network. (2013). Guidelines for intercultural best practice in local service provision. https://www.iconnetwork.ie/assets/files/pdf/intercultural_guide.pdf
- ◆ Mable A. & Marriott J. (2001). A Path to a Better Future: A Preliminary Framework for a Best Practices Program for Aboriginal Health and Health Care. <https://link.springer.com/article/10.1186/1746-4269-3-31>
- ◆ Secretaria de Salud de México. Metodología Intercultural para la realización de consultas informadas. <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/29325/GuiaConsultasInformadas.pdf>
- ◆ Mignone, J., Bartlett, J., O'Neil, J. & Orchard, T. (2007). Best practices in intercultural health: five case studies in Latin America. *Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine*, 3, 31.
- ◆ Ministerio de Cultura. (2014). *Derechos de los pueblos indígenas en el Perú. El rol garante del estado en la protección y promoción de los derechos humanos.*
- ◆ Montenegro, R.A. & Stephens, C. (2006). Indigenous health in Latin America and the Caribbean. *The Lancet*, 367, 1859-1869.
- ◆ O'Neil, J., Bartlett, J. & Mignone, J. (2006). Best Practices in Intercultural Health. <https://publications.iadb.org/en/publication/11596/best-practices-intercultural-health>
- ◆ Organización Panamericana de la Salud. (2008). Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/54-VisionSaludInterculturalPI.pdf>
- ◆ Puertas, B. & Schlessner, M. (2001). Assessing Community Health among Indigenous Populations in Ecuador with a Participatory Approach: Implications for Health Reform. *Journal of Community Health*, 26(2), 133-147.





Anexo 1 | Guión metodológico del Taller

Sesión	Actividad	Tiempo	Objetivo	Idea fuerza	Descripción	Materiales
Primer día						
Momento 1: Inscripción	Inscripción	30'	Registrar a todos los participantes.	---	- Inscripción de participantes. - Entrega de sticker con nombre. - Entrega de carpeta	1. 60 Folders 2. 60 lapiceros 3. 1 millar de hojas A4 4. 60 Stickers 5. 60 Cartas bienvenida 6. Lista participantes
Momento 1: Presentación	Introducción	20'	Socializar los objetivos y la metodología del taller	---	Presentación del taller.	---
Momento 1: Animación	Vóley globo	20'	Desconectar a los participantes de su quehacer diario	---	Se conforman 2 grupos para jugar Vóley globo. Se distribuye 20 globos a cada equipo. Se trata de golpear los globos y tirarlos a la cancha del equipo contrario. Gana el equipo que tenga menos globos a sulado.	7. 40 globos inflados 8. 1 masking tape 9. 10 metros de sogá
Momento 1: Analizar La salud	El Reloj	65'	Obtener una definición consensuada por todos los participantes sobre salud	- La salud como bienestar. - La salud como una noción cambiante.	Cada participante posee un reloj en papel donde anota el nombre de las personas con las que se encuentra para intercambiar opiniones sobre qué es la salud para ti. Son 4 encuentros marcados por la indicación del facilitador de caminar lento/ rápido, adelante/ atrás, etc. Después, cada participante escribe en una tarjeta su propia definición. Luego, se reúnen en pareja y escriben una definición, luego se reúnen por pares de parejas y finalmente de 8, para escribir la suya y construir una definición colectiva en plenaria.	10. 60 relojes impresos 11. 60 hojas bond A5 12. 10 hojas bond A4 13. 6 papelote 14. 4 cajas de plumones gruesos 15. 50 tarjetas cartulina A3
Momento 1: Analizar Las Culturas	Museo de las culturas	45'	Reflexionar acerca del concepto de "culturas"	- Las culturas como diversidad. - Las culturas como lo diferente. - Las culturas como producción de códigos	Se plantea la situación: Concurso Nacional Las Culturas. En grupos de 4 participantes harán un poster con un dibujo y un "slogan" con la idea fuerza que buscan destacar sobre qué es las culturas, el cual es pegado en la pared para ser visto por los demás grupos	16. Cartel del "Museo de Culturas" 17. 6 estuches plumones delgados 18. 4 cajas de plumones gruesos 19. 6 cajas de crayones 20. 6 cajas de colores 21. 30 pliegos papel Kraft 22. 6 limpia tipos





Sesión	Actividad	Tiempo	Objetivo	Idea fuerza	Descripción	Materiales
Descanso						
Momento 1: Analizar Las culturas (cont.)		65'	Reflexionar sobre las diversas posiciones existentes sobre el concepto de "culturas"	- Lo público requiere de todos. - Lo público construye un nosotros. - Lo público requiere de acuerdos, como derechos, deberes y normas.	En adelante, cada grupo será un experto a cargo de evaluar el poster asignado por los promotores del concurso, considerando ¿qué idea de "las culturas" busca transmitir? Finalmente, cada grupo presentará el texto y el poster asignado y se generará una discusión a partir de la cual los promotores del concurso seleccionarán al grupo ganador. Se visualizan los videos: - El país de las cucharas - Bien común: basura - Bien común: nudo - Bien común: agua A partir de estos videos, en grupos reflexionarán sobre su actitud como servidores públicos en su relación con la comunidad.	23. 50 hojas bond A4 24. 50 tarjetas cartulina A3 25. 8 papelotes 26. 4 cajas de plumones gruesos
Momento 1: Analizar Lo público	¿Qué es lo público?	50'	Reflexionar sobre su actitud como servidores públicos de salud en un contexto multicultural.			27. Videos 28. 50 hojas bond A4 29. 6 estuches plumones delgados 30. 50 tarjetas cartulina A3 31. 8 papelotes 32. 4 cajas de plumones gruesos
Almuerzo						
Momento 2: Reconocer importancia de la salud para las personas	Discusión Controversial	120'	Reflexionar sobre diferentes visiones de la salud desde contextos culturales diversos	- Existen diferentes visiones de la salud desde contextos culturales diversos. - Es necesario ponerse en el lugar del otro. - Debemos ampliar nuestra mirada.	Se conforman 2 grupos a los que se asigna la defensa de una posición: medicina occidental y medicina tradicional. Para ello, se les entrega un texto de soporte, con el cual el grupo define su estrategia, teniendo en cuenta que cada participante puede participar una sola vez.	33. Texto de medicina tradicional 34. Texto de medicina occidental
Momento 2: Reconoce Culturas y prácticas culturales de la localidad/ comunidad	El cuerpo humano	90'	Reconocer a la comunidad una unidad con características particulares a partir de las cuales se relaciona	- Debemos tener una mirada integradora. - Es importante reconocer la diversidad en las culturas y en las prácticas culturales de la localidad/ comunidad.	Se trata de dibujar en la silueta de un cuerpo humano las características y prácticas culturales de la comunidad en donde trabaja: ¿Qué piensa?, ¿Qué siente?, ¿Qué hace? ¿Qué mira, huele, escucha, come, pisa, etc.?	35. 50 pliegos papel Kraft, 36. 6 cajas de plumones delgados 37. 4 cajas de plumones gruesos 38. 1 Cinta adhesiva 39. 6 Limpia tipos





Sesión	Actividad	Tiempo	Objetivo	Idea fuerza	Descripción	Materiales
Momento 2: Cierre	Plenario	15'	Sintetizar lo desarrollado durante el día y reforzar las ideas fuerza de cada una de las dinámicas	---	Plenaria de cierre del día: resumen de lo desarrollado en el día	40. 50 tarjetas cartulina A3 41. papelotes 42. 4 cajas de plumones gruesos
Segundo día						
Introducción	Inscripción	30'	Registrar a todos los participantes.	---	Inscripción de participantes	43. Lista de inscripción
Introducción	Recapitulación	10'	Sintetizar lo desarrollado el día anterior	---	A modo de una visita guiada por un museo, se revisan los productos elaborados el día anterior y se repasan las ideas fuerza.	44.
Momento 3: Actitud Crítica			Identificar la existencia de diversas miradas frente a una misma situación de salud pública.	■ Debemos reconocer la existencia de diversas miradas frente a una misma situación de salud pública.	Mediante la técnica del sociodrama, cada grupo planteará una situación vivida en relación con su trabajo en nutrición, Consejería en salud, o cuidado infantil. Todos los miembros del grupo deben participar. Tienen 25 minutos para preparar y 5 minutos para la presentación. Durante la presentación, se pedirá a otro grupo que la observe con detalle y elabore 8 viñetas que reproduzcan la historia observada. Luego, el grupo observador presenta las viñetas y el que presentó el sketch comenta. Un tercer grupo resume en una palabra lo que captó de las viñetas y la presenta en un papelote para la discusión en plenaria.	45. 150 hojas A4 46. 30 lápices 47. Ficha de observación 48. 50 tarjetas cartulina A3 49. 4 cajas de plumones gruesos 50. 5 papelotes
	Juego de roles	120'		■ Yo miro diferente a los otros/ los otros me miran diferente a mí.		
Descanso						
Momento 3: Identificando situaciones interculturales en la salud pública	Juego de palabras	110'	Identificar el componente intercultural en situaciones de salud pública	■ Las situaciones se construyen, viven y ven desde diferentes posiciones. ■ Existen diversas miradas frente a una misma situación de salud pública.	La reconstrucción de historias nos permite apropiarnos de ellas, pues de alguna forma las narramos desde nuestras propias miradas y experiencias. En esta dinámica, se colocan mezcladas frases sueltas (cortadas) que corresponden a 3 situaciones de salud pública intercultural. Cada grupo tendrá un título que da cuenta de la situación asignada. La tarea consiste en reconstruir la situación asignada. Después de reconstruirlas, cada grupo debe plantear posibles modos de actuar frente a la situación desde la perspectiva intercultural. Finalmente, en la plenaria, el facilitador presenta los textos originales para reflexionar sobre la pluralidad de miradas e interpretaciones.	51. Limpia tipos 52. 3 situaciones (frases sueltas y texto completo). 53. 150 hojas bond A4 54. papelotes 55. 4 cajas de plumones gruesos





Almuerzo						
Sesión	Actividad	Tiempo	Objetivo	Idea fuerza	Descripción	Materiales
Momento 4: Identificando estereotipos	Juego de palabras	70'	Reconocer el rol que juegan los estereotipos y mitos como barreras para establecer diálogo intercultural	■ Es necesario cuestionar nuestro actuar permanentemente ■ Debemos tener una perspectiva intercultural	Se reparte a los participantes tarjetas con una parte de una frase que corresponde a un estereotipo. La tarea consiste en encontrar la otra parte de la frase y conversar con el que la tiene sobre qué tan frecuente es la idea y en qué medida constituye una barrera para la comunicación intercultural. Se presenta la reflexión en plenaria. Finalmente, se discute qué características debe tener nuestro actuar como servidores públicos en salud desde una perspectiva intercultural	56. Estereotipos impresos y cortadas en 2 57. 50 tarjetas cartulina A3 58. papelotes 59. 4 cajas de plumones gruesos
Momento 4: Planteando un diálogo intercultural	Construyendo características y poniendo en práctica el diálogo intercultural	150'	Reflexionar críticamente acerca de la aplicación de las competencias interculturales en su quehacer como servidores públicos de salud.	■ Debemos desarrollar un Diálogo intercultural ■ Debemos tener una Actitud Crítica ■ A los otros debemos reconocerlos y respetarlos	A modo de "evaluación final", los participantes, organizados en grupos, discutirán un caso y construirán una propuesta de cómo actuar y la presentarán en un sketch. Se facilitará a los grupos fichas de observación de las competencias interculturales, que serán analizadas.	60. Caso complejo 61. 150 hojas A4 62. Lápices 63. 50 tarjetas cartulina A3 64. papelotes 65. 4 cajas de plumones gruesos





2

@Freepik



Desafíos para la provisión de servicios de salud infantil en el Datem del Marañón desde un enfoque de los determinantes sociales

María Elena Planas y Carmen Yon



ENFOQUE Y OBJETIVOS DEL ESTUDIO^{9,10}



En el 2018 la Unidad de Ciudadanía Intercultural y Salud Indígena de la Facultad de Salud Pública y Administración, de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, implementó el estudio “Diagnóstico sobre los factores que favorecen o dificultan la prestación de servicios de salud a la población indígena amazónica”. El estudio tuvo como finalidad contribuir al diseño de acciones para mejorar la cobertura de intervenciones priorizadas de salud y nutrición infantil -Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED) completo para la edad, vacunas de neumococo y rotavirus para la edad, suplementación de multimicronutrientes y tenencia de documento nacional de identificación (CUI/DNI)-, las cuales se enmarcan en la Política Nacional de Desarrollo e Inclusión Social (ENDIS), que tiene como objetivo, entre otros, reducir la prevalencia de la desnutrición crónica infantil e incrementar el desarrollo físico, cognitivo y socioemocional en la primera infancia (Ministerio de Economía y Finanzas, 2016).

El estudio se enfocó en el análisis de la prestación del paquete de intervenciones priorizadas a la población indígena amazónica de la provincia del Datem del Marañón de la Región Loreto, y buscó identificar aquellos procesos sociales que favorecen o dificultan la prestación de salud a pueblos indígenas (PPII). A continuación, esbozamos brevemente la aproximación convencional que ha tenido el Estado sobre la ciudadanía indígena, su situación y sus demandas de salud y bienestar, para luego plantear el enfoque teórico del estudio.

9 María Elena Planas y Carmen Yon son las investigadoras principales del estudio, responsables del enfoque, diseño, implementación, análisis y reporte del mismo. Fiorella Farje, Karina Rojas, Margarita Velasco, Sonny Saravia y Alejandra Bussalleu participaron en el trabajo de campo; además las tres primeras colaboraron con el análisis y la redacción de borradores de partes del informe preliminar del estudio. Karina Rojas se encargó también de redactar el resumen ejecutivo a partir del informe preliminar y Daniel Rojas colaboró con el capítulo de conclusiones del estudio. Ariela Luna y Rosana Vargas han leído y comentado los informes preliminares y una versión anterior del presente documento. La investigación no habría sido posible sin la colaboración de las familias y personal de salud de Palermo, Bancal, San Luis, Lomas y Castilla. Queremos agradecerles por habernos permitido caminar con ellos y compartir su cotidiano, experiencias y conocimiento. Agradecemos también a las autoridades comunales y locales, a CORPI-SL (Coordinadora Regional de los Pueblos Indígenas-Palermo), la DIRESA-Loreto, la Red de Salud del Datem del Marañón y la Microred Palermo por las facilidades que brindaron para la implementación del estudio. Agradecemos también a Rosana Vargas y Claudia Gonzales del Valle por su confianza y su involucramiento durante el estudio.

10 El contenido del estudio y del presente artículo es responsabilidad exclusiva de las investigadoras y no refleja necesariamente la opinión de la Unión Europea, la Cooperación Alemana implementada por la GIZ ni la Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza-MCLCP.



Un elemento central en la respuesta gubernamental a la problemática de salud indígena ha sido la adecuación intercultural de los servicios de salud. Esta idea se encuentra presente en la Estrategia Sanitaria Nacional Salud de los Pueblos Indígenas (2004) y en la vigente Política Sectorial de Salud Intercultural (2016). Esta última indica en su objetivo general que busca regular las acciones de salud intercultural para lograr la atención en salud como un derecho humano, “garantizando el ejercicio del derecho a la salud de los pueblos indígenas u originarios, andinos y amazónicos y de la población afroperuana” (Ministerio de Salud, 2016). Si bien la pertinencia cultural de los servicios de salud es una dimensión de la problemática de salud indígena, es indispensable analizar las limitaciones de esta respuesta, en tanto se estaría asumiendo que la salud de los pueblos indígenas (PPII) depende principalmente de los desencuentros culturales que se dan en la relación con los servicios de salud, dejando de lado otras limitaciones de la oferta sanitaria, así como las condiciones sociales que contribuyen a la producción de las enfermedades y dificultan la recuperación. Así mismo, hace falta problematizar el modo en que se entiende la interculturalidad, sus posibilidades y sus formas de implementación.

En el terreno de la interculturalidad se han dado reflexiones de carácter epistémico y político que ponen en el centro la discusión sobre los límites de las políticas públicas que han incorporado la interculturalidad desde una lógica instrumental y técnico-funcional, pese a que proponen formalmente un diálogo equitativo entre culturas (Tubino, 2015). Bien podría decirse que el Estado suele entender la falta de interculturalidad como desencuentros comunicacionales desligados de las relaciones sociales asimétricas. De este modo, la interculturalidad no solo termina siendo mistificadora de las relaciones de desigualdad social e insuficiente para enfrentar los problemas de salud; sino un discurso vacío que invisibiliza las relaciones de poder entre formas de producir y clasificar conocimientos y las personas que los portan a partir de jerarquías establecidas (racional/irracional; conocimiento/creencia; teorías/mitos; civilizado/salvaje, progreso/atraso, educado/analfabeto, urbano/rural, etc.), las que se entrecruzan con las diversas formas de desigualdad social que estructuran la sociedad peruana y se re-producen en los servicios de salud, como las de clase social, género y procedencia étnica (Ewig, 2011).

En contraposición con la mirada gubernamental convencional, diversos estudios en el país resaltan la familiaridad que tiene la población indígena amazónica y andina con las recomendaciones sanitarias de salud y nutrición infantil y describen su interés en ponerlas en práctica para garantizar la salud y bienestar de sus niños (Yon et al., 2016; Anderson et al., 2016; Del Pino et al., 2012). Estos y otros estudios argumentan además que la aceptación de diversas recomendaciones e intervenciones de salud y nutrición depende fundamentalmente de factores estructurales relacionados con la inseguridad alimentaria, la falta de acceso a servicios de agua y



saneamiento, y a características propias de la oferta de servicios de salud: disponibilidad, acceso, eficacia, calidad y pertinencia cultural de los servicios (Yon et al., 2016; Planas, 2016; Defensoría del Pueblo, 2015, 2008). La existencia de servicios de salud pobres para poblaciones pobres en un sistema de salud fragmentado es otra expresión de estas desigualdades estructurales, que además de la falta de interculturalidad, tiene como característica la falta de capacidad resolutive, la carencia de personal especializado, de medicinas, equipamientos y otros insumos, sistemas de referencia y contrareferencia, entre otros (Defensoría del Pueblo, 2017; Yon, 2016), que también son demandados por la población rural y valorados como parte de la calidad de atención (Anderson, 2001; Yon, 2017).

A la vez, distintos estudios coinciden en señalar que las experiencias de maltrato, estigma y discriminación que sufren las poblaciones rurales, pobres e indígenas en los servicios de salud desaniman a las cuidadoras y a sus familias a aceptar las intervenciones de salud y nutrición infantil, e incluso, que si no fuera por el Programa JUNTOS no harían uso regular de los establecimientos de salud (Yon et al., 2016; Gabrysch & Campbell, 2009). En este sentido, Chávez et al. (2015) muestran cómo las mujeres y familias awajún y wampis con las que trabajaron sí deseaban contar con los servicios de salud oficiales, pero siempre que estos respondan a sus necesidades y no se les amedrente, coaccione o las traten mal. Las autoras recomiendan cambios en los diferentes componentes de la oferta de salud y advierten la urgencia de hacer cambios institucionales en los determinantes políticos, de gestión y presupuestales que siguen limitando la prestación en general, y la sostenibilidad de los intentos de incorporar la interculturalidad en la misma. En el mismo sentido, Yon (2016) y Planas (2016, 2011) manifiestan la necesidad de reorientar el énfasis puesto principalmente en el estudio de las poblaciones y sus particularidades culturales, para diseñar intervenciones que se orienten a cambios institucionales del sector salud (incluyendo los que dificultan intervenciones interculturales) y de otros determinantes sociales que estructuran la salud de las poblaciones rurales e indígenas.

Planteamos la necesidad de ubicar la valoración y aceptación de las intervenciones sanitarias priorizadas en salud y nutrición infantil en el marco de la disponibilidad, accesibilidad (económica, física e informativa), aceptabilidad (ética y cultural) y calidad de la oferta, y de los horizontes culturales y los determinantes sociales que estructuran la capacidad de las personas para decidir con libertad sobre la vida que desean para ellos, sus familias y comunidades (Davy et al., 2016; Levesque et al., 2013; Yamin & Maine, 1999). Este enfoque, salubrista y de derechos humanos, permite entender las limitaciones y oportunidades socioculturales relacionadas con la aceptación de la oferta de servicios de salud convencionales sin caer en 'reclamaciones inmodestas de causalidad' que culpabilizan a la víctima explicando la no adherencia a recomendaciones sanitarias en situaciones de violencia estructural (Farmer, 2001b).





En este artículo proponemos una aproximación a la atención de la salud infantil desde la antropología médica crítica, corriente que surge en los años 70 y cuestiona los abordajes de la antropología y la salud pública que se centran principal o únicamente en las diferencias culturales para explicar los problemas de salud, mistificando o minimizando sus causas estructurales (Farmer, 2001a; Singer & Baer, 1995). Esta crítica teórica viene acompañada de investigaciones que demuestran cómo la exotización de la cultura y la culpabilización (falta de cumplimiento, descuido, etc.) que se hace de las personas que sufren problemas de salud pública termina invisibilizando y dejando desatendidas las diferentes formas de violencia estructural que enfrentan los pueblos indígenas, las personas en situación de pobreza y marginalización social, o que son discriminadas cultural y racialmente (Martini & Briggs, 2011; Farmer, 2004; Singer, 1995). En contraposición, se propone estudiar la salud como producto de un orden social en el cual operan desigualdades estructurales en la distribución de poder y recursos que terminan configurando la salud, la enfermedad y la atención. En consonancia con ello, ofrecemos una aproximación multidimensional al problema de salud que nos ocupa, así como a la mejora de los servicios de salud, donde la interculturalidad es solo una de sus dimensiones y que requiere abordar también la cultura de los profesionales de salud como parte de la relación social con las usuarias.

Abordamos la cultura en el marco de agencias morales que son restringidas por las formas de desigualdad estructural que comentábamos antes. Sabemos que las ideologías, preferencias y decisiones de mujeres, varones y sus familias respecto de su salud y bienestar y el de sus niños, se forman a partir de normas y valores culturales. Estos últimos no son ni estáticos ni coherentes, pues se practican y reflexionan continuamente y se nutren de las experiencias y trayectorias individuales, que exigen reconocer, en cualquier análisis cultural, la capacidad de reflexión y la autonomía moral de las mujeres (Anderson, 2011). Reconocer a cada ciudadano y ciudadana indígena como agente moral y no como una tradición inmutable implica dejar de encasillarlos con etiquetas culturales y “escuchar narrativas de situaciones y circunstancias únicas, reflejos en cada caso de ‘su vida y no la de otra’” (Anderson, 2011, p. 122).

Desde este enfoque, el estudio ha permitido describir los aspectos claves relacionados con la provisión de servicios, las condiciones materiales de la población indígena amazónica, y el contexto socioeconómico y político que determinan los resultados en salud infantil relacionados con las intervenciones priorizadas en algunas localidades de la región Loreto. En este capítulo compartimos resultados parciales del trabajo etnográfico en comunidades y en servicios de salud, relacionados con algunas intervenciones priorizadas, especialmente la consejería nutricional y la suplementación nutricional.





DISEÑO, PROCEDIMIENTOS Y BALANCE DE LA INFORMACIÓN RECOGIDA



De mayo a noviembre del 2018 implementamos en la Región Loreto un estudio etnográfico a partir de un enfoque propio de la antropología médica crítica. La etnografía es una metodología que, aunque incluye técnicas mixtas de recolección de datos, tiene como método principal la observación participante y su diseño es flexible y emergente. La observación participante supone nuestro involucramiento en rutinas, interacciones y eventos, y el registro de nuestra propia experiencia y observación en notas de campo; nos permite aprender aspectos tanto tácitos como explícitos de la sociabilidad local, así como articular la multiplicidad de relatos y observaciones con las biografías individuales y la economía política que marca la vida cotidiana de los participantes (Musante & DeWalt, 2010).

La etnografía comunitaria se implementó en dos comunidades nativas (CCNN) de Datem del Marañón: Castilla y Lomas.¹¹ La etnografía en establecimientos de salud se realizó en los puestos de salud (PS) Castilla y Bancal, San Luis y en el CS Palermo, todos establecimientos a los que accede la población de Castilla y Lomas. Se seleccionaron estas localidades en acuerdo con el Gobierno Regional de Loreto, la Coordinadora Regional de los Pueblos Indígenas (CORPI-SL), la Microred y la Red de Salud provincial, evaluando: las coberturas de las intervenciones priorizadas, las condiciones de seguridad, el acceso diferencial a servicios básicos, conectividad y transitabilidad, la cercanía/lejanía respecto de la capital distrital, la diversidad étnica y un número mínimo de familias (>40) viviendo de manera estable en la localidad.

Ambas comunidades se encuentran a menos de dos horas de viaje en colectivo fluvial desde la capital provincial. Las familias que residen en ellas se dedican principalmente a la agricultura de plantaciones de yuca y plátano, la pesca y la caza. A diferencia de Lomas que es una comunidad de 40 familias awajún que hablan cotidianamente entre sí awajún; la mayoría de las 80 familias de Castilla tienen ascendencia kichwa y/o shawi y, si bien los adultos mayores son bilingües en su lengua nativa y castellano, la conversación intergeneracional se da en castellano. Estas comunidades, en las que trabajan los programas JUNTOS y Cuna Más, se diferencian de manera marcada respecto de su acceso a servicios: Castilla tiene un establecimiento de salud de infraestructura precaria a cargo de una técnica de salud, dos instituciones educativas, alumbrado eléctrico por horas, servicios de telefonía Gilat e internet gracias al Tambo recientemente

11 Usamos seudónimos para evitar la identificación de los participantes, localidades y establecimientos de salud; hemos editado también las descripciones biográficas y citas de los participantes del estudio para proteger sus identidades y/o para facilitar su legibilidad.



construido. Lomas solo cuenta con una institución educativa primaria y depende de una comunidad aledaña para acceder a otros servicios.

Trabajamos en ambas comunidades con cinco de las siete familias que habiendo aceptado participar en el estudio, cumplían con los criterios de residencia y tenencia de niños menores de un año. En el siguiente cuadro compartimos algunas características de las familias: su etnicidad según autoidentificación, su participación en programas sociales y el valor del último tamizaje de hemoglobina al momento de contacto con la familia del niño o niña menor de un año.

Tabla 1 | Descripción de familias participantes

Localidad	Padres cuidadores	Niño/a	Fecha de nacimiento	Etnicidad de madre-padre	Valor de hemoglobina	Juntos	Cuna Más - SAF
Castilla	Maritza*	Liliana	6m	Kichwa/ Shawi- mestizo	9.5 gld	Sí	No
Castilla	Delia*	Melina	11m	Kichwa- mestizo	10.1 gld	No	Sí
Castilla	Silvana*	Noel	9m	Shawi/ Kichwa- mestizo	8.9 gld	Sí	Sí
Lomas	Gema y Mario	Guillermo	5m	Kichwa/ Awajún	11.2 gld	Sí	Sí
Lomas	Bertha y Eufasio	Llón	7m	Awajún/ awajún	10.6 gld	Sí	Sí

El equipo del estudio inició el recojo de información habiéndolo presentado a las contrapartes del AP ENDIS, a la Dirección Regional de Salud-DIRESA Loreto y a la organización indígena representativa Coordinadora Regional de Pueblos Indígenas-CORPI-SL; tanto la DIRESA Loreto como CORPI-SL emitieron comunicaciones por escrito confirmando su apoyo a nuestro trabajo y facilitaron nuestro ingreso a las comunidades y servicios de salud. Organizamos el trabajo de campo privilegiando al inicio la observación-participante y la entrevista no estructurada tanto en los hogares con familias como en los establecimientos de salud con personal de salud, y al final



de la estadía, la aplicación de entrevistas individuales semiestructuradas a los mismos actores; recogimos datos sociodemográficos de todos los participantes.

Las notas de campo y los informes de campo elaborados durante la observación-participante y las entrevistas con familias, incluyen descripciones etnográficas y reflexivas de la convivencia con familias, momentos de cuidado y alimentación, interacciones entre adultos y niños, y entre niños y niños, en espacios públicos y privados, en el marco de actividades productivas y domésticas, visitas a establecimientos de salud, reuniones comunales, festividades y entierros, capacitaciones en el Tambo de una de las comunidades, y en general momentos en los que programas como JUNTOS, Qali Warma, Cuna Más-SAF, etc. interactuaban con personas y familias de la comunidad. Además de la observación participante descrita en las notas de campo con 5 familias con niños (3 en Castilla y 2 en Lomas), se entrevistaron: 17 madres cuidadoras (6 en Castilla, 4 en Lomas y 7 en Palermo), y 13 informantes clave, estos últimos agentes de medicina tradicional, gestores de programas sociales o autoridades locales.

Las notas de campo y los informes de campo elaborados durante la observación-participante y las entrevistas con personal de salud incluyen descripciones etnográficas del cotidiano, la convivencia, el trabajo y la atención en puestos de salud visitados, y en los diversos espacios del CS Palermo Núcleo Base. Especialmente, se realizó observación en los siguientes puntos de atención: admisión, triaje, CRED, inmunización, y en los espacios de espera de usuarias, así como acompañando al personal sanitario durante el trabajo extramural y las eventuales capacitaciones. Además de la observación participante descrita en las notas de campo, se registraron en audio 21 entrevistas semiestructuradas a prestadores (5 personal de Red y 16 de Microred), 12 de ellos prestadores de CRED, y 91 observaciones de atenciones CRED (5 en San Luis, 12 entre Castilla y Bancal y 74 en Palermo).

El material recogido en audio, identificado como relevante, se transcribió textualmente o de manera resumida. Se realizaron sesiones de discusión con el equipo de campo para analizar las notas de campo usando mapas conceptuales. Las notas de campo, informes de campo y el material transcrito fue analizado con el soporte del programa de análisis cualitativo Atlas-ti a partir de un análisis temático que si bien partía de una lista de códigos previa relacionada con ejes temáticos del estudio, apuntaba a la generación inductiva de temas y códigos (Boyatzis, 1998).





RESULTADOS



Presentamos los resultados del estudio en dos acápite. En el primero narramos la vida y predicamentos de Maritza, una de las mujeres cuidadoras con las que trabajamos. Al hacer una descripción narrativa de las condiciones en las que se dan los cuidados de Maritza a Liliana, buscamos llamar la atención sobre cómo las trayectorias individuales de estas mujeres se articulan con factores estructurantes u oportunidades, propios de la economía política en la que están insertas, que determinan lo que estas mujeres están siendo capaces de hacer y de ser, de acuerdo a sus conocimientos y valores.

En el segundo acápite describimos los determinantes sociales del bienestar, salud y nutrición de los niños y niñas indígenas que hemos observado en las comunidades en las que trabajamos y que hemos organizado en seis secciones. La primera sección describe la disponibilidad y acceso a agua apta para el consumo, saneamiento y otros servicios básicos en las comunidades estudiadas. La segunda retrata la inseguridad alimentaria, el hambre estacional y las transformaciones en la disponibilidad, acceso y utilización de alimentos. La tercera narra los determinantes de la organización y las capacidades de cuidado infantil que observamos en campo y cómo se relacionan con las dificultades de las mujeres madres de niños pequeños para cuidarlos en situaciones de monoparentalidad, mestizaje asimétrico, relaciones laborales precarias, redes de cuidado intergeneracional debilitadas, embarazo adolescente, violencia de género, alcoholismo y eventos catastróficos, entre otros. La cuarta sección detalla las características de la provisión de servicios de salud, específicamente la calidad y aceptabilidad de la consejería nutricional y la articulación de los programas sociales con los servicios de salud. La quinta sección desarrolla la situación de hambre y la aceptabilidad y pertinencia cultural de la suplementación de hierro. La sexta sección describe las políticas y mecanismos de gestión pública relacionados con la implementación de las intervenciones priorizadas.





1 ► **Predicamentos, vulnerabilidades y resiliencias de mujeres con niños menores de un año en las comunidades nativas de Castilla y Lomas**

En este acápite compartimos la historia de Maritza y su pequeña Liliana de 6 meses. A modo de historia, narramos su vida, vulnerabilidades y resiliencias, para ejemplificar cómo la economía política particular de la Amazonía rural determina las capacidades de las mujeres cuidadoras y sus familias para ser y hacer lo que consideran adecuado para sus niños y niñas. Esperamos que cuando más adelante describamos los determinantes sociales de bienestar, salud y nutrición de los niños y niñas indígenas con los que hemos trabajado, se recuerde cómo estos se van hilando de manera compleja e interdependiente en la vida de las mujeres y sus familias.

Maritza y la pequeña Liliana

Maritza nació en Castilla, la comunidad nativa en la que vive su familia paterna hace varias generaciones. “De parte de mi abuelita son shawi, y de parte de mi papá quechua,” nos cuenta. Cuando le preguntamos si ella se considera shawi, nos dice entre risas: “aprender a hablar shawi, bien trabajoso es para agarrar.” Para Maritza, como para muchas de las personas con las que conversamos en Castilla, hablar la lengua es lo que permitiría auto-identificarse como parte de un pueblo indígena. Mientras conversamos de esto y varios otros temas, Maritza no pierde de vista a sus hijos: Andrés (5 años), América (4 años) y Liliana (6 meses). “¡Ahorita vas a caer al agua!”

Imagen 1 | Maritza con su hija Liliana en brazos



le dice a Andrés mientras arrulla a la pequeña Liliana, y América se ríe diciendo “mami, mami, mami” sin parar. Cuidar a sus hijos, que son conocidos por ser particularmente traviesos, es un trabajo a tiempo completo, y su huinsha, es decir, su última hija, es particularmente demandante: “le acostumbré mal, no quiere estar echada en su cama, quiere estar en brazos nomás,” nos cuenta. Andrés le grita “¡Mami!”. Maritza voltea rápidamente para mirarlo y Andrés sólo se ríe. Nos queda claro que los tres niños necesitan la atención de su mamá, sobre todo ahora que vive sola con ellos.

Hasta hace muy poco Maritza vivía muy cerca de la escuela, compartiendo casa con su madre y su hermana Reina, al lado de las viviendas de sus otras hermanas y sus familias. Unos meses después del nacimiento de Liliana, Maritza se mudó al lado de la casa del hermano de su padre. “Me tratan mal por mis hijos que son traviesos, y me dicen que no sé cuidarlos,” señala, explicando los motivos de su mudanza. En una conversación posterior, comprendimos que decidió marcharse el día que su hermana Reina y su esposo llegaron borrachos a la casa, y molestos por algo relacionado con sus hijos, intercambiaron palabras con Maritza y le dijeron que se vaya de la casa. Podría haberse quedado conversando con su mamá, pero eso habría significado aceptar la humillación de su hermana. Maritza decide entonces mudarse a la casa de su tío paterno. Aunque el espacio es precario y tienen que dormir sobre el suelo, de momento lo que desea es “estar tranquila” con sus pequeños. Lo cierto es que la relación de Maritza con su familia se habría empezado a complicar debido a la desaprobación que su familia tenía con su pareja y padre de Liliana, un hombre mestizo nacido en Saramiriza que era visto por la familia como ocioso y que terminó abandonándola. Casi al mes de sucedido esto Maritza cayó en cuenta del embarazo de su última hija.

Cita 1

Mi mamá me decía: “tú, ¡por tu mala cabeza sales embarazada! [...] ¡Con qué clase de gente te has metido Maritza! Con ese que no sabe trabajar, que vive de su mamá, de su mamá vive [...] que para dormido nomás. No es capaz de servir a su mujer, sólo para que le dé hijos nomás sirve.” Así le ha dicho mi mamá, por eso se ha ido.” Y ¿era verdad o no? Verdad era.

Entrevista a Maritza, Castilla/Lomas

Con la mudanza Maritza ha perdido parte de la reciprocidad familiar que le daba soporte. Por ejemplo, compartía con sus hermanas el cuidado de los niños, lo que le permitía acompañar



a su madre a la chacra o participar en la elaboración de masato o actividades domésticas que legitimaban que se comparta alimentos con ella y con sus niños. Una de las cosas de las que más se queja Maritza es de su imposibilidad actual de salir a la chacra. Antes, con el apoyo de su madre y hermanas, se escapaba, sobre todo cuando sus hijos mayores iban al colegio.¹²



Cita 2

No me dejan hacer nada, lo de la chacra no puedo hacer, no puedo hacer nada por mis hijos... [si los llevo a la chacra] les da fiebre porque les da el solazo, les duele, en la noche no pueden dormir.

Entrevista a Maritza, Castilla/Lomas

Estando separada del padre de Liliana y América, y sin noticias del padre de Andrés, ninguna de sus exparejas aporta económicamente ni se encarga del cuidado de los niños. “No se hacen cargo de nada. Hasta el día de hoy, ni un pedazo de jabón, ni una bolsa de Ace, ni un kilo de arroz, no me pasa nada,” nos dice y agrega, hablando de sus hijos, “no tienen abuelo tampoco”, como llamando la atención sobre la importancia que tiene el soporte de familiares varones para las mujeres madres y recordando que su padre había fallecido años atrás. Y es que, en Castilla cuando no se cuenta con efectivo para comprar comida, es la pesca y el monte lo que provee de alimentos y proteína animal. Siendo esas tareas reservadas para los varones, que son los que saben cazar y pescar y los que tienen y manejan peque-peque para pescar y trasladar a su familia a la chacra que queda en la otra orilla, la muerte de su padre y el abandono de las parejas, sumados a la mudanza reciente, ha puesto a Maritza y a sus niños en una situación muy precaria: “cuando hay se come, cuando no hay no se come.” Hoy es su tío paterno el que la ha acogido y el que comparte eventualmente pescado o carne con ella. Los ingresos que tiene hoy provienen del programa JUNTOS, recibió hace un mes su primer pago como beneficiaria del programa.

Maritza tiene hoy 20 años; tuvo a Andrés a los 14 años, meses después de haber dejado la escuela. Un buen día su mamá le había dicho: “tanto gasto para estudiar, más bien vamos a la chacra para hacer masato.” Ella dejó de ir a la escuela en cuarto grado, sin haber aprendido a leer, escribir o hacer operaciones básicas, y a pesar de la ayuda que recibía de sus hermanas y las orejeadas y

12 Durante nuestra estadía fuimos testigos de la irregularidad de las clases, la profesora de inicial no llegó tres semanas, y por uno u otro motivo la institución educativa primaria cerraba y los niños se quedaban sin estudiar, y sin beneficiarse de Qali Warma, servicio alimentario que para algunas familias constituye con frecuencia el alimento familiar diario.



castigos físicos que recibía de su mamá, “No estaba bien para aprender”, “no rendía mucho”, “no tenía capacidad para estudiar”, insiste. Y así, Maritza empieza a trabajar como lavandera, cocinera y trabajadora del hogar y viaja a diferentes sitios: Palermo, Iquitos, Ullpayacu y Saramiriza. En Saramiriza encontró al padre de Andrés y en Palermo conoce al padre de sus otras dos pequeñas.

Maritza nos contó que no sabía leer “ni un poquito,” cuando nos contaba, con cierta frustración, que no entiende ni los papeles de JUNTOS ni el Carné de Atención Integral de Salud de la Niña (carné) de Liliana. Incluso, meses adelante cuando la volvimos a visitar se encontraba preocupada ya que había salido como miembro de mesa para las elecciones municipales y regionales; entonces, resultaba muy difícil para ella participar de los comicios, además de la distancia, por el tema de leer y escribir. Con todo esto, la mudanza de la casa de sus hermanas la pone también en una situación de vulnerabilidad porque necesita ayuda para cobrar JUNTOS y en general, para la papelería propia de las prácticas de inscripción burocrática de los servicios públicos, sea de educación o salud, y cualquier otro papeleo. Además, la promotora de Cuna Mas que visitaba a su bebita era su hermana Reina, y debido a los problemas familiares entre ambas, Liliana ya no participa del programa. Durante nuestra primera visita la pequeña aún no tenía su DNI.

Cuando le preguntamos a Maritza qué quiere para Liliana en el futuro, dice entre risas, “que esté sanita, que sea un poquito gordita, que más rápido crezca y sea más grande que yo... ¡que estudie!”. Cuando Maritza nos enseña el carné que no puede leer, vemos que a Liliana se le describe como “mestizo”¹³ y que está al día con los seis controles que le corresponden según su edad. También observamos que, en su último tamizaje de anemia, sus resultados arrojaron que tenía 9.5 de hemoglobina. Maritza nos explica que la baja hemoglobina significa que Liliana está baja de peso y que, tal como le han indicado para que suba de peso, todos los días le da a Liliana tres cucharaditas de la vitamina -el sulfato ferroso- después del desayuno y del almuerzo. Esto nos lo contó cuando recién la conocimos, probablemente porque ya hace dos meses es beneficiaria del programa JUNTOS: “el control es (parte) del programa JUNTOS; si no haces su control, ¡nos cortan pues! Ya no cobramos ya.”

13 Maritza señala que ella identificó a Liliana como mestiza cuando se le preguntó en la posta.



Imagen 2 | Detalles del carné de Liliana

Con el pasar del tiempo, y ya con mayor familiaridad con nosotros, Maritza nos contó que, a pesar de que le preocupa que Liliana crezca bien y engorde y que le gustaría que en su próximo control le digan que su pequeña ha subido de peso, ella no le da el sulfato ferroso, porque “huele a fierro” y Liliana lo bota cada vez que intenta dárselo. También las chispitas, “las vomita, no quiere tomar. [...] Eso no quiere comer, por eso ha bajado de peso”, asegura. Cuando cuenta sus dificultades al personal de salud, el consejo que recibe es: “dale, dale, aunque no quiera, aunque no quiera” (ver Cita 3 y Cita 4).

Cita 3

*¿Y qué es el sulfato ferroso? Vitaminas, supongo. No sé saber leer lo que dice ahí...
A ver, dice... Ah ya... entonces estas cositas que te entregan son vitaminas para tu
hijito. Sí. Y yo, o sea si yo tengo mi hijito y le doy esos, ¿cómo sé que le está haciendo
bien? No sé, no se sabe, señorita. Ah ya. O sea, ¿cuál es el fin de darle estas cosas?
[Interactúa con su bebé] Ya más personalmente, o sea, tú como mamá, ¿para qué
crees que sirve...? Yo no veo que sirve eso (risas).*

Entrevista a Maritza, Castilla/Lomas



Cita 4

Y volviendo al Programa Juntos un poco, ¿qué cosas te piden que cumplas? Para cumplir hay que llevar a su control a tus hijos, que no pase de su control, su peso que esté normal, le sacan su tamizaje. ¿Tamizaje? Sí, sí...: Tamizaje, ¿qué es eso? Análisis, pues, análisis. Sacan su sangre...Ah, ya. Si está bajo de hego...hegoglobina. ¿Hemoglobina? Sí, cuando está con anemia ¿Qué es eso de la anemia? Anemia, pues, que está bajo de peso, pues ¿Y eso es malo para tu bebito? Malo, pues, si está bajo su peso, si está subido su peso. Si está subido es normal, si está bajo es que está bajo de peso y nos dan una vitamina. Esas vitaminas están dando... Y esas se le... América, anda, ve a traer vitamina para que mire la señorita...la vitamina de la Liliana... Ummhh, a ver, esta es la vitamina... Esta es. ¿Y esto cómo se le da? Con una cucharita nos dan, cucharitas de plastiquito, así toma. ¿Y sí toma o no? No toma... No toma, ¿no? Fierro, fierro huele. Ummhh... ¿A ti cómo te parece que huele? Así huele Verdad, ¿no? No le quiere tomar, a veces cuando vomita no le queda, pero me dicen que está bajando de peso; 'Dale, dale, aunque no quieran, aunque no quieran'. Pero le estoy dando. Bota, nomás. Bota... Ummhh, ya. [...] A ver, le voy a tomar una fotito (Risas). Al pomito [Risas de bebé] No te muevas, América, ¡ah! Ya...1...2...3. Ya está [ver imagen 3]. Qué graciosa. [...] Y, ¿ella lo vomita? Lo vomita, no quiere tomar, así le he dicho a la técnica [...] Ella ¿qué te dice? "Exíjale" me dice, me dice para darle, para darle de tomar. ¿Cómo le pongo si no quiere tomar? ¿Tú sientes que ella entiende tu situación? No.

Entrevista a Maritza, Castilla/Lomas

Imagen 3 | América jugando con su sulfato ferroso que no toma





2 ▶ **Determinantes sociales del bienestar, la salud y nutrición de niños y niñas de Castilla y Lomas**

En este acápite profundizaremos sobre los determinantes sociales que limitan o promueven las capacidades de mujeres cuidadoras, como Maritza, para procurar a sus niños y niñas el cuidado y bienestar que consideran adecuado, según sus conocimientos y valores. Presentamos los resultados encontrados contextualizándolos con información secundaria sobre pueblos indígenas en el país, particularmente con aquellos de la Amazonía rural.

2.1 ▶ **Falta de disponibilidad y acceso al agua apta para el consumo**

En las dos comunidades nativas estudiadas se consume agua de pozo y de río, y no se cuenta con red de agua potable. Mediante los pozos se accede a reservas de agua subterránea, sin embargo, solo las familias más numerosas y con mayores recursos disponen de y pueden acceder a agua de pozo. Para el caso de familias jóvenes o de pocos recursos observamos que recurrían a sus padres o vecinos para poder contar con agua. Por otro lado, durante el verano los pozos de agua suelen secarse por el intenso sol o también suele suceder que el agua que se obtiene está llena de sedimentos de arcilla y tierra. Cuando el agua es de río, ésta se deja reposar hasta que los residuos y sedimentos se asienten en el fondo y se utiliza el agua que queda arriba. Otras fuentes de agua en las comunidades son las quebradas, que son consideradas “más limpias” pues contiene menor cantidad de sedimentos. En cuanto al saneamiento, ninguna de las dos comunidades cuenta con red de desagüe. La población hace uso de silos o de su entorno para sus necesidades. La brecha de acceso a agua en la zona de Loreto estudiada es mayor al 99% y el acceso a saneamiento más de 80%.

2.2 ▶ **Inseguridad alimentaria**

2.2.1 Disponibilidad y estabilidad alimentaria: “en invierno se hambrea bien”

Las familias de las dos comunidades nativas estudiadas se dedican principalmente a la agricultura, la caza y la pesca, y complementan su alimentación con la compra de enlatados o comida procesada que llega de la capital del distrito, donaciones de pares o programas sociales. La disponibilidad alimentaria tiene una estacionalidad marcada por la época de vaciantes y crecientes, disminución y aumento del caudal del río, respectivamente. Pero la disponibilidad de proteína animal depende también de manera significativa de la presencia de varones adultos que puedan pescar y cazar. A



diferencia de otras comunidades nativas amazónicas donde la pesca es una actividad de varones y de mujeres (ver p.ej., Zavaleta et al., 2017 para el caso de comunidades shawi de Loreto), en Castilla y Lomas estas actividades están reservadas a los varones.

El río Marañón y sus múltiples quebradas proveen uno de los recursos más importantes para la alimentación de la población de Castilla y Lomas. En temporada de lluvia -entre los meses de noviembre y marzo en que el río va creciendo- existe más dificultad para la pesca, y como nos cuenta una entrevistada en la siguiente cita, “se hambrea bien.” En esta época la navegación es difícil y las permanentes palizadas que navegan por el río constituyen un peligro para todo tipo de embarcación; nos han contado historias de botes que se voltean por la palizada y de personas que no logran sobrevivir.

Cita 5

¿Y alguna vez falta comida? Sí señorita, en invierno, en invierno falta comida, señorita. En invierno bien sufrimiento, pero como dice la señorita Mariela si tú no tienes marido quién te va a buscar, quién te va a dar para que comas, peor, no hay ni plata para comprar arroz, así se sufre pues señorita. Puro yuca también no es rico, puro plátano también no es rico, tiene que tener su pescadito, así se vive, así se viven la chacra señorita, ahí llega tu momento en que abunda comida, llega su momento en que no hay. ¿Y por qué en invierno no hay comida? No hay, bien alagado bien señorita, hasta aquí, el río, donde va a estar pescado, no se encuentro. Pones trampa, no agarras ni una, nada señorita, se hambrea bien. ¿Y en verano mejora? En verano sí está lindo, ahorita hay pescado ¿no? estás surcando, agarras, te regalan, no compras pues, te regalan, estás comiendo.

Conversación con Silvana, Castilla/Lomas

La pesca es usualmente desempeñada por varones, aunque ocasionalmente sus parejas, hermanas o hijas se embarcan con ellos para apoyar en la labor. Los varones desarrollan las habilidades y motivación para pescar, además son ellos los que poseen los recursos tecnológicos (p.ej., canoas, motores, combustible, etc.). Sin embargo, no todos los hombres de la comunidad disponen de dichos recursos para pescar; al igual que con otros bienes materiales, son las familias con mayor poder adquisitivo y vínculos sociales las que pueden conseguir la madera y motosierra para elaborar una embarcación o



costear el pago de una. Hemos observado que con frecuencia los botes y canoas se prestan entre familiares.

Si bien la pesca se destina principalmente para el autoconsumo, una pequeña porción de lo que se consigue se vende o se fía a los vecinos de la comunidad. La jornada de pesca es una actividad que se suele realizar por lo menos una vez por semana, pero su frecuencia y éxito varía de acuerdo con la estación. Los hombres nos cuentan que en vaciante a veces salen diario y sacan gran cantidad de peces “hasta para regalar” pero también pueden regresar sin nada a casa.

En Castilla y Lomas comprar pescado fresco cuesta entre tres y cuatro soles la unidad. Una vez asado o a la parrilla el precio incrementa a 10 o 15 soles dependiendo del tamaño. Este monto de dinero no siempre está disponible para la familia, sobre todo porque se necesitan entre 2 y 3 pescados para alimentar a una familia de 5 miembros aproximadamente. El pescado es un recurso limitado y socialmente valorado. Durante nuestra estancia en Castilla y Lomas observamos que los principales peces que se consumen de acuerdo a la estación son: boquichico, carachama, lisa, palometa (poco), así como lagartos, taricayas o tortugas.

La agricultura, el trabajo en la chacra, es otra actividad fundamental para el sustento familiar en Castilla y Lomas. Hemos observado que la mayoría de las familias cuenta con una chacra donde cultivan principalmente yuca y plátano bellaco, y algunas pocas familias de manera complementaria: sachapapa, maíz, y en menor medida, piña, toronja y caña. La distancia entre las chacras y las viviendas de las personas es bastante variable, les toma entre 30 minutos y tres horas llegar a sus tierras de cultivo a pie y navegando puede demorar entre hora y hora y media. La producción es para autoconsumo y en algunos casos se comparte o se hace trueque con familiares y vecinos. Al igual que la pesca, la agricultura tiene estacionalidades y depende mucho de las temporadas de creciente y vaciante. Cuando no se cuenta con otros alimentos, se come yuca o sachapapa con sal. En otros meses del año, como abril, se encuentran frutas como las guabas, taperiba, coco, toronja, plátano, cocona, aguaje o macambo, pero la disponibilidad es poca y se consumen en pequeñas cantidades. Las verduras no circulan en Castilla y Lomas, salvo la cebolla, el ají charapita y el perejil, que rara vez se utiliza para cocinar.

Una tercera fuente de alimentos es la caza de animales del monte. Se espera que cada cierto tiempo los varones se internen durante unos días en el monte para cazar animales que alimentarán a la familia. Las mujeres, que también van al monte, lo hacen para preparar alimento y proveer lo necesario para que la pareja pueda continuar con la actividad por 5



o 6 días. Cuando las mujeres no pueden acompañarlos, les llevan masato cada 2 o 3 días para que estos se hidraten.

En el monte se suelen levantar campamentos provisionales donde los hombres o familias pernoctan. Y adicionalmente a la construcción del campamento, es necesario prepararse, gestionar recursos como escopetas o rifles, balas, machete entre otros utensilios para la supervivencia. Los principales animales que se encuentran cercanos a las comunidades son las huanganas, aves de monte y sajino. Además, según la estacionalidad abundan o escasean ciertas especies; por ejemplo, era común en época de creciente que los hombres regresaran a casa con lagartos. Por otro lado, las mujeres tienen un rol más activo en la caza de animales más pequeños que se pueden encontrar de manera aleadaña a las chacras o a la ribera como el charapa-sapo, el hualo, la iguana (llamado iguano) y la anguila (llamada “anguilla”). Como es costumbre en muchos pueblos indígenas amazónicos, la carne de monte se comparte con familiares, que incluyen especialmente abuelos y mujeres madres sin pareja; lo mismo ocurre con el pescado, como hemos visto en el caso de Maritza.

Adicionalmente a los animales de monte y los peces, otra fuente de proteína animal son los animales de crianza doméstica, como pollos, gallinas y patos. Algunas familias con mayor poder adquisitivo crían pavos, ya que son muy valorados en ocasiones festivas. El consumo de estas aves no es cotidiano, se espera alguna festividad o celebración especial -cumpleaños o fiesta comunal- para matar una de ellas. En la comunidad de Lomas encontramos solo una familia extensa conformada por varias familias nucleares que contaba con ganado vacuno, destinado principalmente para la venta más no para consumo familiar.

Como se ha señalado, las familias en las comunidades nativas estudiadas complementan su alimentación con la compra de perecibles, enlatados o comida procesada que llega de la capital del distrito, donaciones de pares o programas sociales y los que se venden en las tiendas de la comunidad. En Castilla encontramos tres bodegas o tiendas, pero solo una de ellas es medianamente surtida: se puede comprar fideos, arroz, aceite, sal, galletas, golosinas, huevos, entre otros. En las otras bodegas, se puede conseguir algo de menestras, arroz, azúcar, cebolla, guisadores y condimentos, leche, agua embotellada, vinagre, aceite, gaseosas, hidratantes, entre otras cosas. Pese a que se ofertan en las bodegas alimentos no perecibles como los enlatados, éstos son caros y tienen poca rotación. En general, los propietarios de estas bodegas son los que tienen capital y dinero en efectivo en la comunidad.



Todas las bodegas se abastecen en la capital del distrito, por lo que las familias que tienen las tiendas son aquellas con mayores recursos y facilidades para el traslado. Para suplirse de productos, las familias bodegueras y comuneros esperan generalmente hasta tener una razón adicional para ir a la capital del distrito, sea a cobrar JUNTOS o hacer alguna gestión. La demanda de productos por medio de transacciones monetarias es bastante esporádica y sujeta al flujo de ingresos económicos que tienen las familias. Por ejemplo, los ingresos bimensuales del Programa JUNTOS les permiten comprar algunos productos de utilidad para la cocina como aceite o fósforos, y para la alimentación como huevos, arroz o sopas instantáneas. También el trabajo asalariado permite a los comuneros disponer de dinero en efectivo; éste suele ser informal, esporádico y/o restringido a varones, que trabajan en diversos sectores como construcción, empresas extractivas o diversos oficios.

2.2.2 ► *Transformaciones en la disponibilidad, acceso y utilización de alimentos*

Los comuneros relatan que ha habido cambios en la disponibilidad de alimentos, y que hoy tienen que caminar más adentrándose en el bosque para cazar y que hay menos disponibilidad de pescado. Algunos, como el abuelo Alberto, señalan que el pescado no los abastece por el crecimiento de la población de Castilla y sus alrededores. Este es un tema recurrente en pueblos indígenas amazónicos que han visto sus territorios intervenidos por empresas extractivas y la minería informal. Por ejemplo, un estudio reciente que indaga específicamente sobre la seguridad alimentaria de once comunidades shawi, refiere la preocupación de comuneros por la pérdida de cantidad y/o diversidad de animales, y reporta que solo la mitad de las familias consume pescado, carne de monte, suri y otras fuentes de proteína animal y que, en el mejor de los casos, lo pueden hacer una o dos veces al día; en el mismo sentido, los abuelos manifestaron que antes estas fuentes de proteína animal eran tan abundantes que les permitía comerla tres veces al día (Zavaleta et al., 2017, p. 81). Otro tema que surgió en las conversaciones con abuelos y abuelas es su preocupación por que antes se solía comer una gran variedad de alimentos que hoy las generaciones jóvenes menosprecian.

Estos testimonios concuerdan con lo encontrado por otros estudios en la Amazonía Indígena, p.ej., Belaunde (2018) señala que actualmente en diversos pueblos indígenas amazónicos: “algunos jóvenes educados hasta parecen olvidar de comer la comida con la que fueron criados, y solo desean comer comidas comerciales de las ciudades, burlándose de sus parientes” (2018, p. 198). La autora reflexiona en este sentido sobre cómo la escolarización y profesionalización de jóvenes indígenas -que garantiza más que un título,



el poder del sueldo y de la escritura y una (auto) identificación como ciudadanos- tienen consecuencias en deseos y prácticas de distinción social o respetabilidad que se expresan en el consumo: maneras de vestir, comer, etc. que tienden a valorar la vida y costumbres citadina” (2018, pp. 185–208).

2.3 ► *Determinantes de la organización y capacidades de cuidado infantil*

2.3.1 ► *“No me dejan hacer nada:” monoparentalidad y tensiones entre el cuidado y la alimentación de niños menores de un año*

Una constante en nuestras conversaciones con las mujeres madres de niños y niñas menores de un año en Castilla y Lomas ha sido escucharlas señalar que sus bebés ‘no las dejan hacer nada’. Estos comentarios surgían como una interjección en madres solas, separadas o con parejas ausentes cuando reflexionaban sobre la experiencia de no poder satisfacer las necesidades del cuidado de sus bebés y sus necesidades de alimentación, ¿cómo cuidar a los pequeños y al mismo tiempo salir a la chacra para aprovisionarse de alimentos sin una red de apoyo que cuide a sus niños?

Como nos contaba Maritza, teniendo a su bebé en brazos le resulta complicado ir con ella a la chacra, también porque no puede dejar solos a sus hijos mayores que tendrían que acompañarla porque no tiene con quién dejarlos. Maritza está en una situación complicada porque no tiene ingresos, se ha alejado de su madre y hermanas con las que podía compartir el cuidado de sus hijos, y sus hijos aún no están suficientemente grandes como para cuidar de la bebé y dejar que ella pueda ir a la chacra. Además, considera que llevar a sus hijos a la chacra es un riesgo para ellos. Dado el calor que hace y la distancia que tienen que caminar, los niños se enfermarán -como ha pasado antes-, y claro, eso significa complicar aún más su situación ya precaria.

Durante la devolución de resultados parciales en Castilla y Lomas, planteamos la situación de vulnerabilidad en la que encontramos sobre todo a las madres con niños pequeños, con parejas ausentes y sin soporte de la familia; las mujeres presentes comentaron que hoy en día hay hombres que “engañan” a las mujeres jóvenes pues no tienen intención de formalizar una relación. También señalaban lo complicado que es hacerse cargo de sus hijas y nietos cuando se quedan solos, y que los hermanos y primos no pueden mantenerlas. Ya fuera de la reunión unos días después una abuela nos decía que por vergüenza -de los varones- no se discutió con sinceridad la situación de las madres solteras o con pareja ausente.



Cita 6

A veces señorita, los hombres les dan hijo y no les crían señorita. Vaya a su casa, dan hijo y no le sirve, no le pone la escuela, la mamita solita se mantiene, así hay señorita" ¿Y en esos casos qué hacen las mamitas para mantenerse? ¿Quién más ayuda? La mamita solita se esclaviza, por ejemplo, acá hay viuda, solamente les dan hijos y nada más señorita. Y la mamita se esclaviza, solita, a criarle, ay, señorita. ¿Y tú consideras, por ejemplo, que es un problema aquí en la comunidad? Es problema señorita, ella solita se trabaja en la paja, solita, todo colabora, para servir a los hijos, un cuaderno, para un lápiz, ¿quién se esclaviza? La mamita. Y, por ejemplo, lo que decimos, esto de...Esa mamita tiene de todas maneras algún familiar en la comunidad ¿o no? Tiene primas, hermanos, a veces, pero a veces, el hermano, el primo, no te mantiene.

Abuela, reunión con comuneros de Castilla y Lomas

2.3.2 ► Tensiones entre complementariedad de los géneros y el acceso a proteína animal

En situaciones como la de Maritza, separada de un hombre que no aporta a la manutención de sus tres hijos, no solo hay una tensión entre cuidar a sus niños y trabajar para alimentarlos, sino una incapacidad para alimentarlos con proteína animal, porque no hay un varón que la aprovisione de carne o pescado, siendo estas actividades reservadas a los varones de la comunidad. En dos de los otros casos estudiados a profundidad, la ausencia de los varones (padre o abuelos) también afecta significativamente su acceso a proteína animal, y sin un varón en casa, las mujeres separadas o con parejas ausentes que no proveen por sus hijos, tienen que esperar que su familia extensa les regale pescado o que puedan pedirlo fiado. En este contexto, el apoyo de Qali Warma es clave para la provisión de proteína animal a los niños pequeños.

La situación del pequeño Guillermo es totalmente diferente: su padre Mario pesca y caza para la familia, y lo hace constantemente. Cuando Guillermo no crecía y no subía de peso, intensificó la caza y pesca, y lograron que vuelva a la curva normal. Puede ser que en invierno todas las familias tengan menos disponibilidad de proteína animal, y que en verano haya mayor acceso a ella para todos, pero son los niños sin sus padres o abuelos presentes los que sufren más, sea cual sea la estación.



2.3.3 ► *Mestizaje asimétrico, embarazo adolescente y madres solas*

Las jóvenes en Castilla y Lomas suelen iniciar su vida reproductiva en la adolescencia temprana. “Juntarse” con alguien tiene que ver tanto con la agencia de las mujeres por enamorarse, iniciar una vida sexual, tener una pareja o formar un hogar, como con las escasas oportunidades y limitaciones económicas para continuar con los estudios más allá de la oferta educativa de la comunidad (primaria y secundaria). Según el Censo 2017, 4 de cada 10 madres de 15 a 19 años en Loreto no terminaron primaria, y 7 de cada 100 no saben leer o escribir (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2019c, pp. 12–14). La provincia del Datem del Marañón se encuentra entre las 15 provincias con mayor proporción de madres adolescentes: 23,8% de las adolescentes de la provincia son madres, y es esperable que estratificando por área de residencia urbano/rural y por etnicidad la proporción sea bastante mayor en comunidades indígenas de la provincia (2019b, p. 35). En general, si comparamos la proporción de madres adolescentes según lengua materna, tomando como referencia aquellas castellano-hablantes (9.6%), a nivel nacional existe una brecha étnica de casi veinte puntos porcentuales respecto de mujeres shawi (29.0%), awajún (27%), matsigenka/machiguenga (26,8%) y otras lenguas nativas u originarias (28.0%). Esto contrasta con la proporción significativamente menor de embarazo adolescente entre mujeres achuar (12.8%), una diferencia que merece atención (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2019b, p. 23). Adicionalmente, el Censo 2017 indica que Datem del Marañón es la cuarta provincia del país con la mayor tasa de adolescentes de 14 a 19 años que no estudian ni trabajan (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2019a). Resulta relevante que las políticas de desarrollo, salud y nutrición infantil tomen en cuenta que una proporción importante de niños y niñas menores de un año están al cuidado de mujeres adolescentes en situación de vulnerabilidad.

Esta data contextualiza bien la situación de las mujeres madres de niños menores de un año con las que trabajamos. Maritza, Delia y Silvana se embarazaron de varones mestizos siendo adolescentes y no terminaron la educación secundaria. En el caso de Maritza, ella desertó del colegio en primaria y fue a trabajar fuera de la comunidad donde conoció a su primera pareja; en el caso de Delia y Silvana, ambas dejaron la secundaria al salir embarazadas de empleados de empresas que llegaron a Castilla para realizar trabajos temporales en la comunidad. Las parejas de Maritza, Delia y Silvana son hombres mestizos nacidos en Palermo, Iquitos y Contamana. Si bien los tres padres son ausentes porque no comparten el cuidado cotidiano de sus hijos, sólo el padre de Melina sí colabora con la manutención de sus hijos y llega a la comunidad un par de días cada dos o tres meses.



En este contexto, parece pertinente la reflexión de Belaunde sobre el creciente “mestizaje asimétrico” entre hombre mestizo y mujer indígena y su constatación respecto de que, si bien el emparejarse con un hombre mestizo puede expresar la agencia de las mujeres indígenas para ampliar sus conexiones y capacidades, con frecuencia “opera como un molino sobre las relaciones de parentesco y los afectos indígenas, dejando a madre, hijos y abuelos maternos en el polo del abandono”(Belaunde, 2018, p. 17). La autora señala también cómo “desde el punto de vista de la población local, la alta incidencia de madres solteras se relaciona a diversos elementos fomentados por la escuela mixta, como la erosión de la autoridad paterna y materna sobre decisiones matrimoniales, el abandono de los rituales productivos que establecen el involucramiento del padre en el embarazo y parto de sus hijos; la preferencia de las muchachas indígenas por casarse con hombres que disponen de dinero, y la alta incidencia de alcoholismo entre los varones indígenas.”(Belaunde, 2018, p. 201)

Esta es la situación que hemos observado en Castilla, un cierto quiebre de relaciones de parentesco como organizador del sistema de control social y reciprocidad, y la emergencia de la familia nuclear como actante independiente en casos de mestizaje asimétrico. En el mismo sentido, el control social que puede ejercerse entre parientes o varones de la misma comunidad o pueblo indígena se ve afectado con frecuencia cuando la mujer indígena se junta con un hombre mestizo. En Castilla, los hijos de mestizaje asimétrico son los que se encuentran en situación de vulnerabilidad.

2.3.4 ▶ Subproletariado amazónico y madres solas al cuidado de sus abuelos

La desprotección que enfrentan las madres solas y el relajamiento del control social en comunidades sobre el cumplimiento de las responsabilidades de varones -tanto indígenas como mestizos- respecto al cuidado de sus hijos, estaría también relacionado con la migración laboral para realizar labores en empresas extractivas y la red de servicios que emplea (p.ej., construcción, limpieza, etc.). La migración laboral exige a los padres indígenas ausencias prolongadas para realizar labores con poco retorno económico y estas ausencias desamparan a las mujeres, que tienen entonces que lidiar con la manutención y cuidado de sus niños solas o apoyándose en su parentela. Belaunde reflexiona sobre el impacto que tiene en pueblos indígenas amazónicos la creciente dependencia del mercado comercial y de las actividades relacionadas con el narcotráfico, la minería informal y la tala ilegal, tanto para el hombre como para la mujer indígena: “la mayoría de la población está parcial o totalmente integrada al subproletariado rural



o urbano amazónico, en condiciones de riesgo y marginación atrapados en un círculo vicioso de deudas y obligaciones con patrones y comerciantes”(Belaunde, 2018, p. 31). La autora indica sin embargo que son los varones los que tienen trabajos mejor pagados y mayor discrecionalidad sobre el uso del dinero.

Sobre todo en Castilla, muchos hombres son contratados y con frecuencia mal pagados para realizar mantenimiento a los canales del oleoducto, como vigilantes de estaciones temporales de empresas extractivas o como mano de obra en empresas de construcción, y algunos utilizan la migración laboral para evadir responsabilidades con sus hijos. En la situación que la mujer se queda sola con sus hijos, son los abuelos maternos los que intervienen para poder hacerse cargo de su hija y nietos. El trabajo conjunto de los abuelos muchas veces reemplaza a un esposo ausente, tanto como soporte cotidiano de cuidado, techo y vestido, como soporte para el aprovisionamiento de alimentos.

Las mujeres también forman parte de este proletariado rural amazónico. Cuando son madres solas, las mujeres optan a veces por dejar a sus hijos con los abuelos para generar ingresos necesarios para su manutención y educación. Para lograr esto, el cuidado de los hijos es dejado a cargo de las abuelas quienes asumen la maternidad de los nietos como hijos propios. Tal ha sido el caso de Silvana con su hijo mayor Ronaldo a quien dejó con su madre desde bebé. En la actualidad Ronaldo no la reconoce como madre, sino que se refiere a ella como su hermana y se relaciona con su abuela como su verdadera madre.

Cita 7

Y de esa manera yo regreso por acá, señorita, y cuando ya no sabía quién me ayuda a servir a mis dos hijos. Me faltaban cuadernos, me faltaban...así, como dice acá...toda señorita me faltaba. Y me fui, pues, a trabajar en Palermo y ya pues ya...pensando que ya no va a venir porque yo ya sabía que tenía mujer, señorita. Y ya no tengo esperanzas, cinco años ya, pues. Sí...No me ha mandado ni un sol, no me ha mandado él esto, ni el otro...Mi mamá como me decía 'Aguanta, tienes que aguantar porque has querido hombre de la ciudad, tienes que aguantar'. Entonces yo, madre, voy a irme con mi mamá, me dijo: 'Déjales aquí a tus hijos, vaya a trabajar en Palermo'. Y ya me fui a trabajar, señorita. Mi mamá estaba con mis hijos.

Entrevista a Silvana



2.3.5 ▶ *La red de cuidado intergeneracional y eventos catastróficos*

Debido a cómo se teje la economía política local, como hemos explicado en párrafos anteriores, hay una creciente ausencia de varones en el cuidado cotidiano de sus hijos y, con esta ausencia, el cuidado que están en capacidad de brindar las mujeres madres solas se fragiliza de múltiples maneras. Hemos visto cómo hay familias como la del pequeño Guillermo, más tradicionales en su organización, que son más resilientes frente a un contexto ambiental y social precario, y cómo hay familias como las de Maritza o Delia que enfrentan una sobrecarga laboral y retos mayores al ser madres solas. La responsabilidad que estas mujeres solas tienen con los menores de un año está diversificada en actividades para la supervivencia del bebé como la alimentación, hacerlos dormir, asear al niño, cambiarles la ropa, etc. Así mismo, todo esto sumado a los quehaceres de la casa (lavar ropa, limpiar, ordenar, cocinar, etc.) y las responsabilidades de la comunidad (preparar masato en festividades, cocinar en la escuela para Qali Warma) generaba en la mayoría de casos que las mujeres entren en una rutina donde se quedan en casa y no cuentan con el tiempo, los recursos o apoyo suficiente para poder ir a la chacra y trabajar la tierra, tarea que recae generalmente en otros miembros de la familia.

Si bien el cuidado de los menores de un año recae siempre principalmente en la figura de la madre, ella cuenta con una red solidaria de parientes para el cuidado y la alimentación de sus hijos que se reduce o agranda de acuerdo con estacionalidades, eventos catastróficos y la relación con el padre de sus hijos. Hemos observado en todos los casos que quienes intervienen activamente en el cuidado de los bebés son los hermanos tanto varones como mujeres. Específicamente los mayores ocupan un rol importante en apoyar a sus madres en el cuidado de sus hermanitos. Tal es el caso de Manuel con Delia que, con solo 6 años, ocupa su tiempo en ir a la escuela, jugar con los otros niños, pero también mantener la mayor parte del día a la pequeña Melina en sus hombros. La responsabilidad de Manuel con la pequeña Melina era grande. Cuando su madre se ausentaba o estaba ocupada en otros quehaceres (p.ej., lavando ropa, preparando comida, etc.), Manuel debía encargarse de su hermana principalmente, pero también de sus otros hermanitos. Manuel entendía que ésta era su responsabilidad y estaba comprometido con el cuidado de su hermana: si se aburría, dejaba a la pequeña en el suelo para ponerse a jugar con su hermano Roberto, pero nunca la perdía de vista. Lo usual era ver a Melina en los hombros de Manuelito. Así mismo, pudimos presenciar la participación de otros niños que suelen ser primos o vecinos en los cuidados de los bebés, estos principalmente apoyaban en cargar a los más pequeños, hacerlos jugar y darles muestras de cariño.



2.3.6 ► *Violencia doméstica, violación sexual a menores, alcoholismo y acceso a métodos de planificación familiar*

Durante las semanas en Castilla y Lomas estuvimos expuestas a algunas situaciones de violencia doméstica y alcoholismo, cuyas causas y consecuencias requieren profundizarse etnográficamente.

América, la técnica de enfermería del PS Castilla, señala que en Castilla y Lomas, la violencia familiar es ubicua, que los varones maltratan a sus parejas y que no les permiten usar métodos de planificación familiar, aunque las mujeres lo desean. Nos manifiesta que aun así llegan al establecimiento, a escondidas, mujeres que desean regular su fertilidad. Otros comentarios de las mujeres con las que trabajamos nos llevan también a preguntarnos sobre los deseos y las prácticas de regulación de la fertilidad, la disponibilidad, acceso y utilización de conocimientos locales y a métodos de planificación ofrecidos por los servicios de salud.

La técnica América, también nos informó de la violación sexual a menores, hace poco tiempo una niña de 11 años fue abusada por su tío quien la infectó con el VIH, y no hubo consecuencias para el violador. La técnica América está sinceramente frustrada porque “una les dice y siguen en la misma situación.” Es importante notar que, si bien América tiene claras las dificultades que enfrentan las mujeres y adolescentes, y se compromete con sus necesidades y cuidado, aun así, hace inteligible la situación de estas mujeres en términos de “no le dan importancia, no se concientizan [...] una les dice y siguen en la misma situación.” Pero ¿qué poder tiene el consejo o explicación del personal sanitario para que las mujeres de Lomas y Castilla tomen una decisión que las salvede? ¿Qué margen de maniobra tienen las mujeres de Lomas y Castilla para tomar una decisión? ¿Cuál es el rol del personal sanitario en la situación de América? En las reflexiones de América notamos sincera preocupación y al mismo tiempo una reflexión, como de cierre, que ‘culpa a la víctima’, porque no toma acción, porque no le hace caso. Probablemente es la manera que tiene América de no asumir responsabilidad por una situación que ciertamente la excede. Durante la consulta de una adolescente que llega al PS Castilla con una bebé de tres semanas y su madre, nos enteramos de que esta adolescente había sido violada y escuchamos a su madre señalar con naturalidad que tendrá que discontinuar sus estudios. La violación no fue un tema de conversación durante la consulta.



2.4 ▶ *Características de la provisión de servicios de salud: calidad y aceptabilidad de la consejería nutricional*

2.4.1 ▶ *Rutinas de atención diferenciadas entre el centro y los puestos de salud*

En el Centro de Salud, el servicio CRED se entrega a partir de un flujo particular de insumos, ‘formatería’,¹⁴ licenciadas, técnicas, madres-con-niños/as y rara vez padres. La manera corriente como el personal de salud del servicio CRED se dirige a las usuarias o habla de ellas es llamándolas ‘madres.’ El personal de salud asignado al servicio CRED del centro de salud, todas mujeres, se diferencia entre sí por pertenecer a familias profesionales diferentes: las ‘licenciadas’ pertenecen a la familia profesional universitaria, y las ‘técnicas’ a la familia profesional tecnológica. El personal de salud invierte cotidianamente en hacer reales distinciones educativas dentro de la misma educación superior, y estas distinciones marcan diferencias de estatus que, a su vez, organizan una distribución de tareas diferenciadas según familia profesional en el centro de salud. Las técnicas son las encargadas de organizar a las usuarias en un recorrido de esperas que permiten que la formatería se produzca, validando datos y registrando los resultados de las mediciones antropométricas y el dosaje de hemoglobina, organizando las carpetas para la licenciada, que se ocupará de realizar la consejería nutricional de acuerdo a los datos recogidos por las técnicas y transcribir esta data y la que ella produzca (p.ej., vacunación, dosaje de hemoglobina, etc.) en el carné.

En el siguiente cuadro se describe una atención que representa bien las atenciones que se dan a usuarias indígenas y/o pobres en los centros de salud estudiados, en el marco de una línea de producción particular que involucra el trabajo coordinado y especializado de alrededor de 10 prestadoras con tareas específicas. La descripción captura el momento de encuentro entre la licenciada y la usuaria en el consultorio CRED, donde la licenciada regaña a la usuaria, no toma en cuenta lo que la usuaria sabe o quiere, hace muy poco contacto visual con ella y más bien se concentra en llenar el carné mientras da indicaciones sin tomar en cuenta la opinión, deseos o experiencia previa de la usuaria, que participa con su silencio o para asentir a las indicaciones. La licenciada Marcela es una prestadora diligente y comprometida con su trabajo, y cuando da indicaciones lo hace de manera detallada, en tono amable y directivo. Debido a que esta atención representa la atención usual de todas las prestadoras -incluso si algunas son más cariñosas que otras-, podemos

14 El personal de salud llama a toda la papelería relacionada con registros y sistemas de información ‘formatería.’



establecer que esta rutina se explica, más que por las discrecionalidades individuales, por las características de la organización de los servicios, la cultura institucional y las jerarquías sociales establecidas (licenciada/usuario, saber/creencia, mestiza/indígena, etc.).

Atención rutinaria en el Centro de Salud

A las 7:00 llegan las licenciadas y empiezan a llamar a las madres según el orden de las carpetas. La licenciada Marcela llama a la Sra. Zoraida a las 11:30 y entro con ella. Al sentarse le pregunta, con voz seca, por qué no ha venido a su cita anterior... Zoraida no contesta. Sin hacerle un examen físico, registra en la HC que ha examinado al niño, poniendo que tiene la cabeza bien, las extremidades bien, el tórax normal. Le pregunta a Zoraida si su niño está enfermo y le informa a la madre que en ese control se le hará tamizaje de anemia y vacunas, casi no hace contacto visual con Zoraida. Examina el peso y talla que las técnicas anotaron en la Historia Clínica (HC), y mientras dibuja pequeños círculos en las gráficas del carné, le indica a Zoraida que ha bajado de peso y que para esa edad un niño debe tener tal peso. Hace lo mismo con la talla, comentando qué comida debe comer y cuándo. Como uno de los dos hemoglobinómetros del servicio no se encuentra operativo, espera que su compañera lo termine de usar para traerlo a su escritorio. Limpia con un algodón el dedo de Tony y se lo pincha con una aguja para obtener una gota de sangre. Tony llora por el pinchazo mientras la licenciada coloca la gota en la hemocubeta, dejando a Tony con el algodón en el dedo para que absorba la sangre. Muy poco después el algodón se cae y Tony olvida que lo han picado. El hemoglobinómetro indica que su hemoglobina está por debajo de lo esperado. La Lic. Marcela señala a Zoraida que anemia es mala, que no se va a desarrollar bien y que en la escuela no tendrá un buen rendimiento. Le receta sulfato ferroso y le indica cómo lo va a tomar: diez gotas una hora antes de comer -en su escritorio hay una tabla de pesos y las respectivas gotas de sulfato que tocan. Le pide a la técnica Mónica que le traiga una de las botellas que trajo de farmacia esa mañana. La licenciada termina de registrar datos en el carné, se lo entrega a Zoraida y se despide. Zoraida con su hijo en brazos sale del consultorio para abandonar el centro de salud luego de 6 horas, y la Lic. Marcela toma unos minutos más antes de llamar al siguiente niño para terminar de llenar la HC y el Formato Único de Atención (FUA).



A diferencia de la provisión de servicios en el centro de salud, el personal sanitario en puestos de salud es “todista”, como señalaba un prestador, pues atiende toda la demanda y lleva todos los programas y la formatería asociada. La técnica América, encargada del PS Castilla, es muy valorada en la comunidad porque atiende las 24 horas y participa en las actividades comunales. Su atención del CRED, como en los demás puestos, es menos mecanizada, y suele tener un trato más amable y cercano con las usuarias. Y aun así, América y los prestadores de los otros puestos consideran, como sus colegas en el centro de salud, que las costumbres de la población ‘son un problema’, específicamente cuando se refieren a la aceptación de la suplementación de hierro o vacunas. Señalan que las familias ‘no cumplen’ por la ‘falta de interés’ en el bienestar de sus hijos, por su ‘falta de conciencia’ y porque ‘no le toman importancia’, que muchas llegan a consulta porque así lo exige JUNTOS, etc. Este es el vocabulario en el que suelen expresarse estas jerarquías sociales establecidas que comentamos antes. En el siguiente cuadro compartimos una atención usual de América.

Atención rutinaria en el Puesto de Salud

América llega antes de las 7:30 al puesto pues desde temprano hay gente llegando. Las personas llegan con diversos malestares, dolores de cabeza, heridas, diarreas, problemas en la piel... y también para el CRED. América atiende a las personas con mucha familiaridad, conoce a la mayoría. Durante las consultas suele conversar con las personas que atiende sobre lo que pasa en la comunidad, la situación de algún vecino o del familiar que estuvo mal de salud, noticias de la televisión, etc. América saluda e invita a pasar a la señora que espera con su niño, y lo primero que hace es pedirle el carné y apuntar en su libro de atenciones diarias de CRED o en el de otra estrategia si fuese el caso lo que corresponde hacer en la atención. Lo hace mientras comenta sobre algún suceso del día o intercambia novedades, y va señalando a la usuaria lo que corresponde hacer en el control además del peso y talla. Abre la calzoneta si es un bebé y la madre pone al niño para que lo pese, mira bien y calibra un poco la balanza y copia esa cifra en su cuaderno. Luego echa el tallímetro que está apoyado sobre la pared en la banca y con la ayuda de la madre talla al niño. Si el niño se fastidia y llora, ella habla con la mamá subiendo un poco la voz. Mientras apunta en el carné comentan de otros conocidos de ambas. América le repite que le toca su antiparasitario y su



tamizaje de hemoglobina en ese control y sale del consultorio a su farmacia para traer el hemoglobinómetro. Se para frente a la madre con su niño y le pincha. El niño llora, pero pronto se va calmando. América acaba de escribir los datos en el carné y su cuaderno. Del estante tras de ella saca un folder donde están las fichas de seguimiento de las niñas y niños organizadas por años. Empieza a escribir ahí también las cifras que ha obtenido. No apunta la información en otro documento hasta fechas cercanas a fin de mes, donde tiene que preparar sus formatos para entregar al centro de salud. Le indica a la madre si el niño salió con anemia o no, que debe comer más. La madre le comenta que no quiere comer y América sonríe, diciendo que tiene que tratar, que igual le va a dar su vitamina para que se mejore. Sale del consultorio y de su farmacia trae la botella de sulfato y el antiparasitario. Le da indicaciones de cómo darle cada uno. Le devuelve su carné y la señora se va. América le acompaña a la puerta, comentando del colegio, quizá, que no ha venido el profesor. Cuando está libre mira desde la puerta o la ventana del puesto qué pasa en la comunidad y conversa con los pasantes.

2.4.2 ► *Consejería nutricional: momentos de servicio-al-papel.*¹⁵

Según el Ministerio de Salud la consejería nutricional se define como “un proceso educativo comunicacional entre el personal de salud capacitado en nutrición y consejería, y una gestante, madre, padre o cuidador,” con el propósito de “analizar una situación determinada y ayudar a tomar decisiones sobre ella, basadas en los resultados de la evaluación nutricional y en el análisis de las prácticas, fortaleciendo aquellas que se identifican como positivas y corrigiendo las de riesgo para asegurar un adecuado estado nutricional”(Instituto Nacional de Salud, 2010). El documento técnico se extiende describiendo principios y elementos clave de la consejería, habilidades transversales y una secuencia de cinco momentos que orienta sobre cómo establecer acuerdos y compromisos con la usuaria implementando “habilidades para construir confianza y dar apoyo”. La secuencia contempla las siguientes acciones: i. explicación de la situación encontrada luego de la valoración nutricional, el monitoreo del crecimiento o la ganancia de peso y el diagnóstico, ii. análisis de factores causales o riesgos económicos, alimentarios, culturales

15 Reconocemos el trabajo de Margarita Velasco, entre otras cosas, por acuñar el término ‘servicio-al-papel’ luego de presenciar las muchas consultas CRED que describió.



y sociales, iii. búsqueda de solución o alternativas de mutuo acuerdo, iv. registro, y v. seguimiento de acuerdos. Según la normativa, el personal de salud debe demostrar una actitud de escucha, una postura corporal abierta, y hacer que el usuario se sienta cómodo para entablar una comunicación.

Así definida, en este estudio no hemos observado ninguna consejería nutricional. El personal de salud, tanto el personal asistencial como el administrativo, señaló no conocer la norma, y no haber sido capacitado para su implementación. Nuestra observación-participante en las atenciones CRED de diversos establecimientos confirman en efecto que el personal no implementa las habilidades descritas en la norma. A excepción de la consejería que da América del PS Castilla, la consejería nutricional en los demás establecimientos se implementa generalmente como un acto de toma de cuentas paternalista, uno que puede ser implementado con violencia y/o con cariño, en una relación entre desiguales.



El protocolo realmente existente de consejería nutricional, que se implementa de manera generalizada, sin estar escrito, bien puede denominarse como atención-centrada-en-el-carné, una versión particular de lo que hemos llamado servicio-al-papel. Este protocolo realmente existente está estructurado en tres momentos, a decir:

Momento 1 ►

El personal sanitario solicita a la usuaria el carné y verifica si ha cumplido con asistir puntualmente al control. Si no lo ha hecho, el personal de salud la regaña; solo excepcionalmente se le felicita por su puntualidad. Como señala una prestadora, “que tengan su control fuera de fecha, atrasado, afecta la cobertura. Para el MINSA es o ese día o una semana más, pero después de eso ya no cuenta”.¹⁶ Cuando la usuaria no tiene el carné, que es el medio de verificación de su asistencia puntual a controles, el personal de salud tiene la discrecionalidad para recriminarla, hacer que pague por un nuevo carné o negarle la atención. Si la usuaria es identificada como ‘incumplida’ y se verifica que es beneficiaria de programas sociales como JUNTOS o Cuna Más, el personal sanitario expresará su rechazo o desaprobación, incluso que le parece inmoral o sinvergüenza beneficiarse de un programa social y no cumplir con las recomendaciones sanitarias, sobre todo aquellas relacionadas con su asistencia puntual a los controles y el parto institucional, y en general cualquier práctica relacionada con el acceso y uso de medicina indígena.

Cita 9

Llega luego una mamá con un niño en brazos. Vienen de otro puesto, de Bancal, pero se han mudado a Conzantes. La madre no tiene cartilla de control porque cuenta que su esposo borracho lo ha roto. El personal de salud le dice que no le puede atender pues la mamá tiene que ir a buscar un duplicado a Bancal para que le copien de la historia clínica lo que le han atendido; solo así y con un número de historia clínica les puede atender. La señora casi ni se inmuta, escucha, mira; asiente, pero con duda de si es así como funciona o parece no querer ayudarla (lo que además sucede en público), y se va.

Notas de Campo, Centro de Salud

16 Nota de Campo, martes 15 de mayo 2018.



Momento 2 ►

Se realiza la valoración nutricional y el monitoreo del crecimiento o la ganancia de peso y lo que corresponda de acuerdo con la edad. Mientras se implementan, la prestadora registra los datos -generalmente primero en el FUA- y va analizando los valores encontrados en voz alta y haciendo el diagnóstico correspondiente. Particularmente en este momento, pero también en el resto de los momentos del encuentro en el CRED, y sobre todo en el centro de salud y en los módulos, si los valores registrados no corresponden a los estándares normales o esperados, la prestadora regaña a la usuaria y pone en cuestión la capacidad de cuidado de la madre usuaria, culpabilizándola. A veces se pinta rápidamente el futuro del niño. En ningún momento se analizan factores causales más allá del descuido. No hemos registrado en ninguna atención CRED el análisis de riesgos económicos, alimentarios, culturales y sociales, no se indaga sobre la situación o condiciones sociales de la usuaria. Lo usual es que, en estas circunstancias, la usuaria se mantenga seria, como desinteresada, sin inmutarse por lo que le digan o que se sonría, sin confrontar a la prestadora, sin hacer preguntas, sin participar. Las prestadoras parecen darse cuenta de la desconexión de las usuarias y lo interpretan como desinterés y sienten que pierden su tiempo: “nos cansamos de hablar, a las madres no les interesa, no cumplen”. Esta percepción se intensifica cuando se refieren a usuarias indígenas y/o pobres, a las que atribuyen costumbres e ideas rígidas. El personal de salud no se da cuenta que ese ‘desinterés’ que experimentan es una respuesta al servicio al papel, a la recriminación y a la desconexión de las mismas prestadoras. Los pocos momentos en los que las prestadoras no están escribiendo, hacen contacto visual para emitir juicios de valor o señalarles lo que tienen que hacer, como cuando les señalan, como ordenando: “su niño me tiene que subir de peso”. En las sesiones del CRED no se construye confianza; en la consejería no se dan consejos. Lo usual es que el personal sanitario no demuestre ni actitud de escucha, ni una postura corporal abierta, y ciertamente no hace que la usuaria se sienta cómoda para entablar una comunicación. En algunos casos, con usuarias más mestizas que preguntan o que conocen a la prestadora o tienen alguna familiaridad o grado de amistad, se entabla un corto diálogo que parece ser más gratificante también para la prestadora.



Cita 10

A las 10:10 llega una señora joven con un bebé chiquito en brazos. Está envuelto en una mantita verde y vestido con short y polo. Es chiquito. Le pide su carné y dice que no tiene, que el bebé tiene siete días de nacido. La licenciada empieza a hablar con ella y le pregunta dónde nació el niño, la señora le dice que nació en su casa. La licenciada pone tono de cómo no ha ido al centro de salud a dar a luz [...], que su bebé ahora está desprotegido, que ya perdió las vacunas. Le pregunta quién cortó el cordón umbilical y ella le dice que una señora se lo cortó. Le pregunta si se fue a controlar al centro de salud y dice que sí fue. Licenciada entonces dice que hay que empezarle un carné.[...] Saca uno nuevo, de los azules porque le preguntó si era niño o niña y ella dijo niño. Le va poniendo los datos. Le pregunta si ya tiene nombre y ella le da el nombre. El bebé aún no tiene DNI. Le pregunta por su edad, ella tiene 23, le pide su DNI a la madre y apunta su nombre y número en la cartilla del bebé. Le pregunta qué número de hijo es este y ella dice cuarto. Cuando lo dice la prestadora me mira escandalizada como buscando la misma reprobación. [...] Le pregunta si cobra JUNTOS, la madre dice sí. La prestadora comenta en voz alta, "¡Mira que cobrando juntos no has ido a dar a luz al hospital!" [Antes de terminar la consulta] la prestadora le dice que para el 11 es su siguiente control. La señora recibe su carné y se va. Sería siempre.

Nota de campo, Centro de Salud

Momento 3 ►

Como resultado del diagnóstico, y mientras copia los datos al carné, la prestadora indicará a la usuaria lo que debe hacer y se insiste en que debe cumplir con la receta.

En ningún momento se buscan soluciones o alternativas de manera dialogada. La prestadora señala cuál es el compromiso con el que la usuaria tiene que cumplir, lo escribe en una hoja de papel -que quedará en la historia clínica- y le exige a la usuaria firmarlo.

En este momento, como en los anteriores, el escritorio que separa a la prestadora de la usuaria y que permite a la prestadora escribir y atender debidamente la demanda de los



formatos, habla de una distancia necesaria para lograr la productividad que se les requiere. Lo que tiene consecuencias reales para ellas es lo que se escribe en los formatos, no la calidad, aceptabilidad o pertinencia cultural que brindan en la atención. Probablemente se atiende la productividad y se da un servicio al papel también porque el personal no tiene ni habilidades ni capacidades para enfrentar a usuarias que viven situaciones precarias. ¿Qué significaría para el personal de salud involucrarse en la vida de las usuarias indagando por los determinantes sociales del cuidado o de los resultados nutricionales? ¿Qué significaría para el personal de salud conectar con una usuaria pobre o indígena o pobre e indígena? ¿Qué significaría para el personal de salud ponerse en los zapatos de sus usuarias?

De repente lo posible en la situación actual es desconectarse y servir a la productividad, y con esto garantizar un locus de control, vital y clínico, frente a tanta demanda y a tanta inequidad social. Los servicios de consejería nutricional parecen ser servicios de poco prestigio y/o de poco interés. Hemos visto el dinamismo y entusiasmo del personal en campañas de vacunación, también en trabajar con el material de estimulación de crecimiento y desarrollo, y en la evaluación nutricional, pero en la consejería per se no encuentran su vocación clínica recompensada. En este sentido, la consejería nutricional es inexistente. La precaria consejería vertical y desconectada con la realidad de la usuaria se da en el marco de varios otros servicios de suplementación, vacunación, evaluación nutricional, etc. y existe como nombre en la medida que les permite 'diagnosticar' el cuidado materno y 'recetar' mejores cuidados. La normativa tiene razón en señalar que para alcanzar los resultados esperados en los niños y niñas, la consejería requiere no solo presencia sino también involucramiento y participación de madres, padres y cuidadores; un involucramiento que se logra propiciando "confianza, motivación y espacio para que se expresen en sus propias palabras" (Instituto Nacional de Salud, 2010). Sin embargo, lo que hemos observado, una y otra vez en las sesiones del CRED, es que no existen condiciones mínimas para el diálogo y en este sentido, no puede afirmarse que las usuarias se involucran o tienen algún nivel de protagonismo. ¿Cómo tener protagonismo si lo primero que se hace en la sesión -y esto es generalizado- es retar a la madre si no ha asistido puntualmente al control, si está absolutamente normalizado que su participación en la consulta sea "sí señorita", y cómo esperar protagonismo cuando se espera que las usuarias "le cumplan" al personal de salud que insiste en manifestar su autoridad con frases como "me tiene que ganar peso" o "me está debiendo 400gr"?



Cita 11

La técnica es calma para hablar, se sienta en su escritorio frente a la señora (todas eran madres o abuelas de los niños y niñas que vienen). La técnica un poco chorreada en su silla les habla a las madres diciendo “me tiene que subir”, “me tiene que ganar peso para la próxima cita”.

Notas de Campo, Centro de Salud

Cita 12

A las 8 entramos al consultorio con ellos. Es un niño de 1 año y 6 meses. La técnica le pregunta cómo está y la señora dice que ha tenido diarrea. La técnica le pregunta entonces si lo llevó al centro de salud y ella dice que en casa estuvo y se ha sanado; ahora solo tose. La técnica le dice “yo te recomiendo que de preferencia lo lleves al centro de salud, que no vale automedicarles”. Le dice que esa medicina puede ser la equivocada y les genera una resistencia. Dice que si no se va al centro de salud puede ser una infección, puede ser por parásitos y eso no se sabe. La señora dice mucho “ya señorita” y “muy bien señorita”.

Notas de Campo, Centro de Salud

2.4.3 ► Pedagogías opresivas: relaciones sociales entre prestadoras-usuarias durante la consejería nutricional

En nuestra última visita a Palermo nos reunimos con prestadores y gestores de la Red Provincial, de la Microred y del CLAS Palermo para compartir resultados preliminares del estudio etnográfico implementado en comunidades indígenas y en diversos servicios de salud. Iniciamos la conversación compartiendo el relato que elaboramos de Maritza. Pedimos a los participantes que discutan en grupo cuatro preguntas relacionadas con el relato y la aceptabilidad del jarabe de suplemento de hierro.¹⁷

17 Las cuatro preguntas en esta dinámica fueron: ¿Qué es lo que evoca, en términos de tu propia historia familiar, la historia de la familia de Maritza? ¿Cómo describirías la relación entre Maritza y su familia? ¿Cuáles son los desafíos que enfrenta Maritza? ¿Cuáles son los factores que favorecen o dificultan la aceptabilidad de la suplementación ferrosa?



En respuesta a la primera pregunta, que indagaba sobre lo que evocaba la historia de Maritza en su propia historia familiar, el personal sanitario, particularmente los gestores y licenciadas de enfermería, coincidieron en señalar que Maritza les recordaba a sus madres y abuelas, porque tenían “esos conocimientos”, “costumbres” e “idiosincrasia”. Maritza les recordaba el pasado, lo-que-ya-no-eran, su historia hablaba de un tiempo en el que la educación no era accesible, un tiempo sin oportunidades para los ‘humildes’.

Cita 13

La historia de Maritza evoca mucho a hacer un poco remembranza y recordatorio a la historia de la carga familiar. Se repite, porque nuestras madres, nuestras abuelas tienen esos conocimientos, por la falta de educación, por lo que han tenido, las costumbres, la idiosincrasia que ha permitido que ellos no han tenido la oportunidad que tenemos nosotros. Y haciendo una comparación hoy en día con la población en el Datem, digamos que existe 90% de Maritzas en la población.

Licenciada del CS Palermo, reunión de devolución de resultados parciales

El personal presente en el taller manifestó que la historia de Maritza les era familiar, y coincidieron en señalar que el 90% de la población residente en la provincia del Datem del Marañón “son Maritzas.” Y, si bien discutían sobre si los padres tendrían o no el deber de apoyar a Maritza, dada su condición de madre soltera con tres hijos pequeños, todos señalaban que la educación era una causa principal de su situación. La falta de educación o la falta de oportunidad para estudiar se constituían en el índice privilegiado para explicar cómo indígenas como Maritza viven en el pasado, en la época de sus madres y abuelas que no tuvieron oportunidad de educarse. El acceso a la educación formal permitiría para el personal sanitario presente liberarse de ‘costumbres’ e ‘idiosincrasia’, nociones que se plantean en contraste con el presente y con mejores oportunidades.

Lo que permite articular el pasado de los prestadores con el presente de Maritza, es una ideología colonial que entiende que para dejar de ser idiosincrático y dejar el estado de naturaleza salvaje, las personas tienen que ‘civilizarse’, es decir educarse. En este sentido, cuando se habla de educación se habla de ‘movilidad cultural’, es decir de una noción de la cultura en evolución unilineal que jerarquiza poblaciones, y que como bien menciona De la Cadena, identifica lo indígena como “el arquetipo de inferioridad.” El supuesto de





irracionalidad está íntimamente articulado con lo que parece ser un acto reflejo, una fe, una teoría por defecto para explicar y legitimar desigualdades: la falta de educación, con frecuencia un argumento que 'culpabiliza a la víctima' con cierto fatalismo, como si la educación formal garantizara capacidad intelectual o racionalidad. Como si lo único que se podía leer de la narrativa sobre Maritza era su atraso.

Existe una jerarquía entre lo que puede saber y entender Maritza y lo que puede saber y entender un profesional. La educación es un marcador de identidad relacional que indexa una serie de atributos en una diferencia entre atraso-progreso, y ubica al personal de salud en un campo en el cual quiere llevarle progreso a Maritza, pero ella no lo valora;





lo que significa que no entiende la jerarquía. Si la entendiera, aceptaría, obedecería. Este discurso sentido sobre la ignorancia de mujeres-madres indígenas dialoga estrechamente con la generalizada frustración de prestadores y gestores de salud que sienten que no se les hace caso, que sienten que lo que han venido a ‘entregar’ a la población no es bien recibido, y que, en este sentido, para lidiar con ella se requiere algún grado de coerción, o termina generando un distanciamiento de su trabajo y ‘se desentienden’.

En el Perú los servidores públicos que encontramos han interiorizado una lógica práctica que predice las capacidades intelectuales de una persona según sus credenciales educativas: aquel o aquella que no ha recibido educación formal (superior) tiene capacidades limitadas. ¿Qué capacidades? ¿Limitadas para qué? Limitadas para comprender, en este caso, las recomendaciones sanitarias, y también para vivir una vida “racional”, moral, y “moderna”.

Así mapeadas las relaciones servidor público – población indígena, las intervenciones preventivas de salud y nutrición infantil se viven y se narran como una épica gubernamental misional de superación de ignorancias y de lucha contra desobediencias y engaños. Este sentido común del prestador público mestizo define y provoca que experimente el trabajo sanitario como un trabajo que nos recuerda la extirpación de idolatrías. Esta épica misional no escucha las aspiraciones de mujeres-madres como Maritza que aspira a que su pequeña ‘esté sanita, que sea un poquito gordita, que crezca más rapidito y sea más grande que yo, y... ¡qué estudie!’. Este esbozo de pareceres y sentires es hegemónico en salud, es decir que se constituye en una narrativa principal para dar sentido a su trabajo, a su esfuerzo, a sus retos y dificultades cotidianas, y es una narrativa que justifica la constante actitud directiva, que evita que exista un diálogo fluido con las mujeres-madres que llegan a los servicios. La actitud directiva se torna a veces violenta sobre todo en el centro de salud de la capital del distrito. Hemos descrito cómo a veces la lógica misional se practica en micro-violencias, como cuando se resondra a la mujer-madre comentando en voz alta “mira que cobrando JUNTOS no has ido a dar a luz al hospital”, o cuando hace despliegue de su poder o autoridad, como cuando la mujer-madre responde a la licenciada que el recién nacido por el que ha ido es su cuarto hijo, y ésta nos mira escandalizada haciéndonos cómplices de la reprobación que dirige a la usuaria que mira y se mantiene callada. Estas micro-violencias parecen ser más frecuentes con las usuarias beneficiarias del programa JUNTOS, sean mujeres indígenas o mestizas. A veces más que micro-violencias, existe apatía y mecanización, como cuando una mujer-madre orgullosa comenta que Cuna Más la ha felicitado porque hierve el agua para tomar y clora el agua



regularmente y la licenciada sigue escribiendo y señala ‘así se evita parasitosis’, sin acusar recibo del orgullo invertido por la usuaria y que devino en posteriores ‘sí señorita’.

¿Son estos problemas de comunicación? No. ¿Son estos problemas relacionados con el tipo de relación social entre servidor público y población indígena o mestiza pobre, entre personal de salud y mujeres madres usuarias de los servicios de CRED? Sí. ¿Son estos problemas interculturales? Sí. ¿Son estos problemas relacionados con limitaciones importantes en la accesibilidad, calidad y aceptabilidad de la oferta de servicios? Sí. Mientras se sigan implementando pedagogías opresivas (P. Freire, 1970) en los servicios de salud, no habrá espacio para un diálogo horizontal entre diferentes conocimientos, ni habrá interculturalidad, ni calidad ni aceptabilidad de las intervenciones priorizadas en el paquete niño.

2.4.4 ► *La articulación de los programas sociales con la atención de salud*

Para la provisión de los alimentos de Qali Warma las escuelas organizan un horario para que cada día un grupo de madres se acerque a la cocina de la escuela a preparar la comida a partir de los insumos que les entrega el programa. Además de esto, las familias están en la obligación de contribuir con otra variedad de cosas que facilitan la cocina como leche, aceite, plátanos, utensilios, etc. Los maestros son los que llevan un control de que los padres estén entregando todo lo que se les requiere, pero con frecuencia encontramos casos donde no pueden cumplir por poca disponibilidad de lo que se les pide.

En el contexto de inseguridad alimentaria que existe en las comunidades, las mujeres madres de niños menores de un año recurren a los platos de comida que reciben los hermanos o primos mayores de Qali Warma. Dicho programa solo cubre las necesidades de los niños mayores de 3 años que asisten a la escuela pública y en los meses de mayor vulnerabilidad (enero-marzo) no ofrece soporte alimentario pues las instituciones educativas cierran. Hemos recogido algunos testimonios sobre la poca aceptación y seguridad de los productos enlatados de Qali Warma, por ejemplo, Maritza comentaba que tanto ella como Liliana y Melina tienen reacciones alérgicas a los enlatados, algo que también es mencionado por comunidades shawi de la región (Zavaleta et al., 2017, p. 82).

Observamos que los programas sociales, igual que la oferta de servicios, tienen escaso margen de maniobra para obligar al consumo de suplementos de hierro en las comunidades estudiadas. Las mujeres cuidadoras beneficiarias de JUNTOS cuidan de cumplir con los



controles pues su asistencia garantiza el acceso al dinero del programa JUNTOS, que pueden utilizar para comprar alimentos, pero que según lo que comentan las familias, la mayor parte se gasta en útiles escolares. A diferencia de lo que sugieren algunos hallazgos de etnografías en Ayacucho rural, las mujeres cuidadoras en Castilla y Lomas entienden que tienen que cumplir formalmente con asistir y recibir los suplementos, pero saben que, aunque las presionen no las pueden obligar a consumirlos porque no tienen cómo verificar el consumo, y de manera cauta dirán que los consumen, para así evitar sanciones del programa JUNTOS o Cuna Más.

Cita 14

También le pregunto por las veces en que Noel va al puesto. Ahí su mamá me cuenta que lo que hacen es pesar y tallar al niño. Le pregunto, entonces, para qué sirve ese control y ahí me dice “eso es para el programa JUNTOS que nos obligan a llevarle”. Explica que JUNTOS les obliga y que si no llevan a los niños no les pagan y les cortan.¹⁸ Ella ya tiene 4 años en el programa, el dinero que gana le ayuda para comprar las cosas que les piden en el colegio. Luego su mamá dice que reciben s/. 200 bimensual y que gracias a JUNTOS ella hace estudiar a sus hijos. Ahí hace un paralelo con las cosas de antes. Recuerda que en la comunidad no había secundaria y si alguien quería estudiar tenía que ir a Palermo, ella por eso a sus hijos mayores ya no los ha mandado a secundaria. Para el caso de JUNTOS, la abuela de Noel dice que, si el niño falta 4 veces al colegio le pueden quitar el programa, también si no tiene todos sus controles. Habla de la responsabilidad y le pregunto cómo es una madre responsable. Me dice “una mamá responsable tiene que llevar a la posta a sus hijos para ver si está subiendo de peso o si está con anemia”. A partir de eso me habla de las chispitas. Las “vitaminas” se les da a los niños con tachachito o con puré de yuca. Le pregunto qué son estas vitaminas que me hablan y me cuenta que es el sulfato ferroso, Silvana ha probado y dice que tiene sabor, su mamá luego completa diciendo que tienen un sabor feo. Les pregunté si Noel comía las chispitas y me respondieron que en un principio el bebé sí comía los alimentos pero que

18 La desafiliación del programa JUNTOS se produce cuando se registra ocho veces el no cumplimiento de las corresponsabilidades (Resolución de Dirección Ejecutiva N° 210-2017-MIDIS/PNADP-DE). Se trata de corresponsabilidades que implican asistencia a los servicios de salud y educación, las que varían de acuerdo a la edad del niño/a. En el caso de salud, las corresponsabilidades incluyen la asistencia a los controles de crecimiento y desarrollo para los niños/as menores de 6 años.



después ya se dio cuenta del sabor y ya no quiso. Él prefería que le den en jarabe porque en la comida cuando ya le siente el sabor ya no quiere. El bebé por su parte está atento a nuestra conversación, siento que sabe que hablamos de él.

Notas de Campo, Conversación con comunera

En el mismo sentido, cuando conversábamos con una de las promotoras de Cuna Más de Lomas, nos decía que cuando las beneficiarias del programa no llevan a sus hijos al control, lo máximo que pueden hacer para ‘obligarlas’ es ofrecerse a acompañarlas al puesto de salud.

Cita 15

Le pregunto sobre los controles y requerimientos de Cuna Más y dice que cuando no han ido les han obligado a llevar a sus niños al control, dice que las obligan ofreciéndose a llevarlos a la posta. Lo cuenta todo como riendo. Les preguntan a las mamás si les dan de comer, les piden que les enseñen la botella. “A veces les dicen sí les damos y nos engañan, cuando les pedimos la botellita te das cuenta de que está nueva.” [...] Le cuento un poco de lo que estamos haciendo acá, preguntándole por su opinión en el tema y me dice que antes, con sus hijos ellos no tenían anemia, ellos crecieron bien y ahora hay tanto de eso. Comenta cómo con JUNTOS ahora la gente no cultiva como antes, ya no cultivan maíz u otras cosas, no se alimentan bien.

Notas de campo, conversación con promotora Cuna Más-SAF.

El que los programas JUNTOS y Cuna Más¹⁹ incluyan como condicionalidades para recibir la transferencia económica o servicios, la asistencia oportuna a todos los controles o que exista en la práctica la exigencia ‘informal’ de cumplir con la suplementación de hierro, influye en el

19 En el ‘Plan Sectorial para contribuir con la reducción de la desnutrición Crónica Infantil y la anemia en niñas y niños menores de 36 meses, 2017-2021’ se establecen criterios de inscripción y condicionalidades para el Programa Nacional Cuna Más, en sus servicios de Cuidado Diurno y de Acompañamiento a Familias, a tomar en cuenta en sus mecanismos de afiliación, siendo estos: i) Documento Nacional de Identidad (mostrar). ii. Carné de atención integral de salud de la niña o niño (mostrar). iii. Resultado del dosaje de hemoglobina, de acuerdo a la normativa del Ministerio de Salud, entre otros (RM N° 143-2020-MIDIS, p. 2). https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1294219/RM_143_2020MIDIS.pdf



involucramiento de los padres en la consejería nutricional de CRED. Probablemente **algunas familias ‘cumplirían’ con la suplementación de hierro sin estas condicionalidades informales**, sin la presión y desinformación, como es el caso del pequeño Guillermo que seguimos en el estudio. Sin embargo, la exigencia informal de cumplir con la suplementación de hierro con frecuencia no permite sincerar las dificultades que tienen las madres para discutir sus dudas, desconfianza y dificultades para implementar la suplementación. Del lado del personal de salud, la verificación que se hace en la consulta CRED para identificar si la usuaria es beneficiaria de JUNTOS parece ser, por defecto, un mecanismo de triaje que permite identificar el tipo de usuaria que se tiene en frente: si es beneficiaria JUNTOS, su asistencia a CRED suele percibirse como motivada por el dinero y no por una motivación intrínseca relacionada con la salud y bienestar infantil o la valoración del servicio CRED; este triaje se traduce, como hemos visto antes, en una relación social paternalista que tiene consecuencias en la calidad y aceptabilidad de atención que recibe la usuaria, que en estas circunstancias se muestra cauta, desconfiada y/o desinteresada y entiende CRED como un trámite y no una oportunidad para ser escuchada y aprender. Esta situación que afecta la provisión y aceptación de servicios CRED puede ser entendida como consecuencia inesperada del diseño de los programas sociales. En un contexto de necesidad como el que hemos observado en Palermo y en las comunidades indígenas, ¿puede una madre optar por no recibir el dinero de Juntos? ¿Puede una mujer madre en estas condiciones valorar e involucrarse en la consejería si sabe que, de entrada, no tiene opción para decidir si asistir a CRED o si brindar a su niño o niña suplementación de hierro?

Los mismos prestadores manifiestan preocupación por el hecho de que los beneficiarios de JUNTOS lleguen al CRED por el beneficio económico: “están más interesados en el dinero que en su salud,” menciona un personal de salud.

Cita 16

Van llegando más mamás para el control, la técnica me comenta que en Juntos les piden su hemoglobina. Le pregunto sobre su opinión de Juntos. Me dice que están más interesados en el dinero que preocupados en la salud de sus hijos. Eso no les preocupa. “Y lo que yo hablo es por las puras” dice. Otros si hay que desean saber, pero a muchos no les interesa, quieren la ficha nomás, recibir la ficha y por eso van, solo por eso. Cuenta que la otra vez que estaba ella mal se fue a emergencia y allí le estaban poniendo vía en una camilla, tapada por el biombo. Dice que mientras





estaba allí una señora viene con su bebé y le pregunta la Licenciada por qué no va a sus controles, que ella es del barrio de Conzantes y la señora le dice que no están atendiendo. Y entonces le encara diciendo que cuándo ha ido, que ella ha estado allá. Eso dice lo hizo y por eso siempre lleva su cuaderno del puesto a todas partes. Dice que a esa señora hasta visita domiciliaría le había hecho, que la señora le había respondido que se iba a venir al puesto al día siguiente pero no ha llegado.

Notas de campo, Módulos

Las usuarias del CRED que son beneficiarias de JUNTOS, la mayoría en las comunidades y una gran proporción de familias pobres en Palermo, son audiencia cautiva de los servicios de CRED, y el personal lo sabe. Nuevamente nos preguntamos si el personal de salud es capaz de reflexionar sobre el impacto de comentarios semejantes y el efecto negativo que tiene este tipo de relacionamiento en la salud y bienestar de los niños y niñas, que es la razón por la que el servicio existe. Al mismo tiempo, es cierto que las madres usuarias no esperan más del servicio de CRED, no invierten ni esperan más de 'lo que es.' El CRED termina siendo un servicio en el que las prestadoras hacen como que mandan y las usuarias hacen como que obedecen; en sus casas las mujeres madres (ya no usuarias) hacen lo que mejor les parece.

2.5► **Hambre, aceptabilidad y pertinencia cultural de la suplementación de hierro**

En Castilla y Lomas no se prepara comida especial para los bebés, aunque sí hay un cuidado en transformar lo disponible para que ellos también lo puedan ingerir como papillas o sopas. En general observamos que las familias comparten y distribuyen una olla común que diariamente les cuesta garantizar; se vive al día. En este sentido, hemos observado cómo la alimentación de menores de un año se encuentra inserta en un contexto de escasez de recursos que varía en función de la red de soporte de proveedores de alimentos o ingresos financieros, de las eventualidades -que son continuas- (p.ej., muerte de familiares) que desorganizan la reciprocidad y redistribución entre miembros de la familia extensa, de la experiencia de los cuidadores, así como de la disponibilidad y el acceso estacional a alimentos. En nuestro trabajo con las familias de Lomas y Castilla, observamos que la leche materna y el masato son las principales fuentes de alimentación continua en menores de un año, seguida por alimentación complementaria de la olla familiar.





En Castilla y Lomas la población no parece desconfiar de la técnica América, mestiza con padre awajún que lleva varios años en la comunidad, valoran su trato y disponibilidad las 24 horas. Además, es una vecina más en el sentido que reside en la comunidad y tanto ella como sus familiares son comuneros de ésta. No hemos recogido testimonios que relacionen la falta del consumo de los suplementos de hierro por desconfianza hacia las recomendaciones sanitarias de América; lo que no significa que les parezcan útiles o posibles de implementar. Tampoco hemos escuchado a las familias explicar su desinterés en los suplementos como una desconfianza o ambivalencia más estructural sobre las intenciones del Estado, como sí refieren Del Pino y cols. (2012), cuando señalan que las familias de comunidades alto andinas ayacuchanas consideran que las chispitas pueden ser dañinas y prefieren evitar su consumo y ‘hacer comida natural, fruta y cereales’ (Del Pino et al., 2012, pp. 158–159); y, en el mismo sentido, Yon y cols. (2016), que confirman la desconfianza de las familias con las que trabajaron, que refieren no consumir las chispitas por ‘no ser un alimento natural’ y temer que sus componentes químicos dañen las capacidades intelectuales, la salud y el futuro educativo de los niños (Yon et al., 2016, p. 72). En Lomas y Castilla no hemos recogido testimonios u opiniones sobre los suplementos como peligrosos o inseguros para los niños. Sí hemos recogido testimonios sobre efectos secundarios del consumo de los suplementos de hierro, particularmente la diarrea. Cuando los niños “cursean” las madres se preocupan, pues éste es un signo de enfermedad relacionado a la pérdida de peso, y en ese sentido de sangre, deseo y fortaleza física, espiritual y mental.

Cita 17

Le pregunto sobre la anemia y me dice que algunos son gorditos y no les dan porque tienen buen peso, pero cuenta que sí hay desnutrición y no se les hace entender a las mamás... Dice que algunas madres cumplen, pero otras no, que les da diarrea a sus hijos, “cursean” se dice aquí, y ella trata de explicarles que les va a hacer bien, que quizá les choca y así ella obliga a que les den.

Notas de campo, conversación con promotora Cuna Más-SAF.



En Castilla y Lomas, en un contexto donde la técnica recomienda con insistencia el consumo de sulfato ferroso en jarabe,²⁰ pero que no lo monitorea chequeando qué tanto de los frascos entregados han sido consumidos, ni maltrata a quienes no lo consumen, como suele suceder en otras localidades (Yon et al., 2016; Del Pino et al., 2012); las mujeres indígenas no temen a los servicios o al personal sanitario de PS Castilla, PS Bancal y PS San Luis, saben que son ellas las que decidirán lo mejor para sus hijos; no se sienten ni son audiencia cautiva de los servicios de salud ni de los programas sociales. Saben de las recomendaciones sanitarias, pero la recomendación no se brinda sin respetar su protagonismo -sobre todo en el PS Castilla-, y no se internaliza como mandato.

No ha sido fácil recopilar información sobre la suplementación de hierro en el marco de un enfoque etnográfico que busca recuperar lo significativo para las mujeres madres y niños y niñas de Castilla y Lomas. Cuando aparecía la suplementación de hierro como tema espontáneo de conversación era con frecuencia en el marco de “obligaciones” impuestas por el programa JUNTOS.²¹ Las familias con las que trabajamos consideran que esa ‘vitamina’ es algo que no es capaz de reemplazar una buena alimentación, tanto en cantidad como en calidad (p.ej., menestras y proteína animal). Siendo la anemia un problema que se percibe como relacionado al ‘bajo peso’, y a otros signos visibles (p.ej., palidez, sueño, entre otros), la suplementación de hierro no es una tecnología que puede solucionar el problema. En este sentido los testimonios que recogimos coinciden con otras etnografías realizadas en la sierra ayacuchana que señalan que las mujeres “reaccionan restándole importancia” a los micronutrientes (Yon et al., 2016, p. 73). Las familias consideran dar los suplementos a sus niños cuando hay disponibilidad de alimentos, y en este contexto, se entiende que el suplemento de hierro es aceptable porque puede ‘sumar’, es decir, que “lo que se agrega, sin desplazar, sustituir y mucho menos disminuir lo existente puede ser bienvenido” (Anderson et al., 2016, p. 285). Las mujeres-madres y sus familias conocen la importancia del hierro y de la proteína animal en el desarrollo de sus niños, pero su preocupación central es garantizar que estos accedan a alimentos de calidad y en cantidad suficiente.

20 Durante los meses de trabajo de campo, los puestos Castilla, Bancal y San Luis no contaron con chispitas, y entregaban jarabe de sulfato ferroso; solo en la última visita de devolución de resultados notamos que los puestos de salud se habían aprovisionado con chispitas.

21 Si bien el programa JUNTOS no tiene como condicionalidad el consumo de suplementos, el contexto de presiones y exigencias en que se da el CRED – que sí es una condicionalidad- contribuye a que se asocie JUNTOS con el consumo de suplementos.



Durante nuestra última visita a Castilla observamos que Maritza había vuelto a vivir en casa de su madre. Nos cuenta que en el mes de julio se reconcilió con sus hermanas, que “la mandaron a llamar a casa y conversamos las cosas”. En la actualidad su hija ha reingresado al programa Cuna Más y su hermana ha vuelto a visitar a Maritza como promotora. Maritza nos contó también que Liliana poco a poco ha ido aceptando las chispitas, pero solo se las come cuando la comida está caliente porque así no le siente el sabor. No acepta sulfato ferroso, pero sí las chispitas, y Maritza, ahora en mejor situación, con el apoyo de su familia extensa, se las da, y se las da porque ‘suma’ a los alimentos disponibles.

Luisa Elvira Belaunde (2018) reflexiona sobre cómo se experimenta y teoriza en pueblos indígenas amazónicos las relaciones entre sexualidad, género, corporalidad e intersubjetividad, y esboza lo que sería una hematología indígena amazónica que plantea que los cuerpos femeninos y masculinos se construyen alrededor del manejo de la sangre como fuente de vitalidad, y que expresiones como “mi corazón piensa” o “mi cuerpo sabe” reflejan la importancia de la circulación del flujo sanguíneo para alimentar lo corporal, lo espiritual y lo mental, y constituir personas (Belaunde, 2018). En el caso de los awajún de Alto Mayo, por ejemplo, Belaunde refiere que “la sangre encarna conocimiento intelectual, afectivo y espiritual y circula por las venas;” para los Yine, es necesario nutrir la sangre bebiendo masato y comiendo ‘comida legítima’: carne de monte, pescando de río y vegetales de la chacra. Este flujo de sangre, que nos hace personas varones y personas mujeres, sería el fruto de una crianza que propicia y alimenta deseos, deseos de sexo, de comida ‘legítima’ y de vivir (Belaunde, 2018, p. 77).

Esta descripción de algunas de las reflexiones de Luisa Elvira Belaunde nos permite plantearnos preguntas en relación con lo que hemos recogido en el estudio. De un lado, hemos observado que propiciar el deseo de los niños sin violentarlos parece ser parte del conocimiento práctico indígena en Castilla y Lomas, hay mucha indulgencia y cariño con los menores de un año. La crianza parece buscar alimentar y cuidar de manera de propiciar los deseos particulares del niño o niña, se cría en este sentido en libertad acompañada, y se cría reconociendo las individualidades de cada niño, algo que la etnografía de Jeanine Anderson describe en detalle (Anderson et al., 2016).



Cita 18

¿Y has comenzado a ir a la chacra? No, todavía, muy chiquita, tengo miedo de hacerla andar a mi hija y que le dé mal de aire. Si ¿no? Sí, por eso no quiero hacerla andar a mi hija ¿Te acuerdas que estaba con mal aire? Desde ahí ya no se enferma, a veces yo le cargo así de noche, voy a visitar a mis tías, vecinas, me invitan masato, vuelvo de noche, ya no se enferma. ¿Y a sus controles le estás llevando? Si el 20 de octubre le voy a llevar. Vuelta te toca El 20 de octubre. ¿Y qué te están diciendo en el control? Está dice con anemia. A veces, falta del alimento y que también no come a su hora. A veces cuando no hay pues señorita, de dónde vamos a sacar, de dónde también vamos a dar si no hay. Con el platanito no se engorda, no da sangre. ¿No da sangre? No, no da sangre, me dice para darle caldo de frejol, choclo, eso, con huevo batido, de huevo de gallina regional, eso sí. ¿Y cómo es eso que no da sangre? Dormir nomas quiere, pálido, a veces no tiene hambre, no tiene apetito de comer, eso dice que es falta de alimentación ¿Y tú la has visto así? Sí, le ha sacado su, este, su análisis ahí en la posta. Pero, a tu hijita, ¿tú la vez dormida, pálida? (Compara a Liliana con su hija mayor que pasa cansada y quiere dormir apenas llega del colegio) La Liliana no duerme cada rato, es bien despierta, solo en la noche nomás duerme.

Conversación con Maritza.

Algunos comentarios, como el de la cita anterior, en relación con cómo se articulan el peso, la sangre y la falta de alimento 'legítimo', nos permiten especular sobre la incapacidad de alimentar el deseo y la sangre cuando hay hambre. Esto plantea la irrelevancia de la suplementación de hierro, que llama al problema anemia, cuando podría bien llamarse falta de capacidad de proveer 'comida legítima' que permita fortalecer la sangre y la vitalidad de los niños, la misma que se expresa en ganar peso y desear. Es fundamental nombrar el problema desde lo local, en este caso es la realidad amazónica rural que comparten pueblos indígenas y mestizos que no ven realizada una política de desarrollo rural amazónico, como lo demuestran la inseguridad alimentaria y la precaria oferta de servicios básicos.



2.6 ▶ *Políticas y mecanismos de gestión pública relacionados con la implementación de las intervenciones priorizadas*

En el marco de un proceso progresivo de implementación de la reforma del presupuesto basado en resultados (PpR), el Ministerio de Salud en coordinación con el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) diseñó el Programa Articulado Nutricional (PAN) basado en un modelo de análisis causal que identificó las siguientes como las causas principales de la desnutrición crónica: a) la elevada carga de morbilidad por enfermedades infecciosas y deficiencia de micronutrientes, b) las inadecuadas prácticas de alimentación y cuidado infantil, c) el bajo peso al nacer. El enfoque del PAN fue reforzar la oferta, incrementar la demanda vía JUNTOS, y mejorar la programación presupuestaria y el seguimiento de los resultados de actividades priorizadas por el PAN. Se entendía que el cambio de comportamiento de las madres de niños menores de 3 años se lograría incrementando la cobertura y calidad del CRED, vacunas y sesiones demostrativas en áreas donde opera JUNTOS; asegurando la presencia de un paquete de insumos suficientes para brindar el servicio en el punto de atención. En este contexto, el MEF ha tenido un rol relevante en la alineación del gasto con la gestión y la provisión de servicios de salud.

El Gobierno Regional de Loreto ha firmado dos convenios de apoyo presupuestario: uno con el MEF, vinculado con la Estrategia Nacional de Desarrollo e Inclusión Social (ENDIS) y uno con el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, denominado el Fondo de Estímulo al Desempeño y Logro de Resultados Sociales (FED). De acuerdo con las directivas del MEF, estos convenios de apoyo presupuestal tienen como objetivo “coadyuvar a la optimización del uso de recursos públicos para una adecuada provisión de los bienes y servicios públicos, y el logro de resultados contemplados en los programas presupuestales, en el marco del Presupuesto por Resultados (PpR).” Entre los compromisos de cumplimiento de metas e indicadores relacionados con los convenios suscritos por el GORE-Loreto con el AP ENDIS y el FED se han incluido indicadores y metas de salud relacionadas con las intervenciones priorizadas que han sido materia de este estudio.

Según lo que hemos observado durante los meses de trabajo en diferentes establecimientos de salud, las preocupaciones entre personal sanitario giran con frecuencia alrededor del cumplimiento de las metas establecidas en los convenios de gestión. Las metas, las coberturas, la producción, la formatería, los Formatos Únicos de Atención (FUA), y el sistema informático que permite verificar el cumplimiento



de metas es de lo que se habla en pasillos y reuniones, lo que se supervisa, y lo que preocupa diariamente tanto a gestores como al personal asistencial. Así, el foco del quehacer sanitario se reduce en la práctica al logro de metas de cobertura que no logran alinear una entrega de servicios de calidad, aceptables y pertinentes culturalmente. No hay métrica ni convenio de gestión que apunte a mejorar estas dimensiones de la provisión de servicios. Estos aspectos de la provisión de servicios de salud se dejan a la discrecionalidad individual de los profesionales, que en la práctica no reciben orientaciones sobre cómo implementar un CRED con calidad, aceptabilidad y pertinencia cultural. El personal sanitario, como señalamos antes, no conoce la normativa sobre consejería nutricional, que incluye ciertamente orientaciones claves para implementar una consulta de CRED que coadyuve a la promoción de cambios de comportamiento para una mejor salud y nutrición infantil.

En los ámbitos del estudio, poco se habla de resultados en salud y nutrición o del valor público de las intervenciones. En el día a día, trabajar por resultados para el personal sanitario es equivalente a trabajar por metas de producción. Con un sistema de salud precario y vertical, la diferencia entre CRED completo para la edad y niño sano desarrollándose adecuadamente, se extravía en una atención mecanizada. Lo que sobrevive en la precaria situación de los funcionarios públicos de a pie, es todo lo que alimenta al ‘sistema’, y reporta ‘hacia arriba’ para garantizar salarios, contratos y viabilidad económica y política local.

En este marco, el ‘servicio al papel’ descrito antes aparece como una práctica central. Como nos cuenta una técnica de enfermería CAS que espera se le renueve el contrato a fin de año, los contratos del personal CRED trabajando en el distrito incluyen cláusulas de productividad individual. Estos contratos y metas están alineados con los regímenes de incentivos monetarios vigentes. Desde el 2018 se incrementaron las metas de atención diarias a diecisiete atenciones CRED y se introdujo una intervención adicional: la visita domiciliaria diaria. El personal sabe que, incluso en el centro de salud con la relativa mayor afluencia de usuarias, las licenciadas difícilmente llegan a cumplir quince atenciones diarias. Otra prestadora del CRED nos comenta cómo su trabajo está orientado a “producir FUAs”; el resultado sanitario se consigue llenando FUAs y logrando que se ingresen al sistema.



Cita 19

La cosa ahorita es producir más FUAs, hacer más FUAs, o sea, tener más atenciones para que pueda haber más entrada de dinero. Eso es para la Red, pero claro que la llegada de ese dinero se distribuye por cada microred, dependiendo de cuanto estipulan, y estipulan según su producción que han tenido, entonces cuando me han dicho así, a veces uno puede decir algo, pero también cuando te rehúsan algo, también te toman de que no quieres trabajar, a veces te ponen muchos peros... dicen que así tiene que ser las cosas, que tienes que atender, tienes que llegar a esto, tienes que llegar al otro; pero no entienden pues que no se puede.

Entrevista con personal de servicio de CRED

Las escasas reuniones que se establecen a nivel de red o microred siempre tienen como horizonte la rendición de cuentas de las metas que están siendo descuidadas y que tienen que “mover” y subir. La presión por el cumplimiento de las metas es igual o mayor a la presión que sienten para conservar su trabajo, ya que la evaluación de su productividad se basa en “llegar a la meta”. El personal sanitario lleva a sus casas los FUA para trabajar en ellos fuera de su horario de trabajo, completando o corrigiendo su llenado para evitar que los FUA y los HIS ‘reboten’. En el centro de salud han cancelado la atención del CRED algunos sábados para dedicarse a corregir, recuperar y ponerse al día con la formatería.

Cita 20

Una de las licenciadas sigue llenando su recuperación y está preguntando qué hacer si el control de 15 días cae domingo. Otra licenciada le dice que le cite el lunes. Pero la primera le responde que no puede pasarse, que está citando en el pasado. Ahí la licenciada me dice que han cerrado el FED con 47% y que el FED es el Fondo de Estimulación al Desempeño, que les dan una plata adicional. Una de las licenciadas suspira cuando acaba los 4 controles que ha recuperado, ahora les dejará ese FUA para que se le entregue al digitador.

Nota de campo, Centro de Salud



Cita 21

Veo sus copias de cómo llenar las FUAs. Dice que aparece el llenado correcto para que no rebote, si rebota se puede perder las fichas. Dice que le dan un tope, cuántos niños debe atender, si haces pocos no llegas a la meta. Eso se tiene que cubrir. Me dice que el HIS se manda a la DIRESA en ese informe mensual. Que se pone la guía de actividades que se registran.

Notas de campo, Puesto de Salud

El personal sanitario entiende que ‘trabaja en base a indicadores’, y es justamente por eso que se ‘recuperan controles’. Para ello, el personal de salud hace un trabajo extra, pues con dedicación y cuidado corrigen y “recuperan” los FUA para garantizar que los niños y niñas menores de un año tengan su CRED completo para la edad...en el papel.

“Si haces pocos FUA no llegas a la meta. Eso se tiene que cubrir,” nos comenta un prestador, y en efecto, lo que no se hace se cubre en papel, ‘cuadrando’ o ‘recuperando’ la información para asegurar las metas de producción relacionadas con las intervenciones priorizadas. Con frecuencia la ‘recuperación’ se realiza como parte de los procedimientos del CRED durante la atención. En la siguiente nota de campo se relata la visita al establecimiento de una adolescente con su niño de dos semanas de nacido, acompañada de su madre, la misma que la acompañó durante el parto domiciliario. Como se describe a continuación, al acercarse al puesto a las dos semanas de nacido, el niño había perdido los primeros dos controles, y la prestadora los recupera-en-papel.

Cita 22

Te hago un ejemplo de cómo hago la recuperación ¿ya? mira, supongamos que esta niña está viniendo hoy día, no ha venido antes, tiene 15 días y le falta su control de dos días y de 7 días: Para que el sistema me jale, me acepte como un niño controlado, tiene que tener sus cuatro controles, y de nada sirve que yo le haga su controles de hoy día si no tiene su control de 2 ni de 7 días ¿y qué tengo que hacer para que me sirva? Tengo que recuperar su control pues. Son tres FUA, dos además de lo que está haciendo este día. Y en tres espacios le lleno su control. Y el peso se lo hace variar, por ejemplo, si tiene 3.400 ahorita, ya pues yo le bajo y a los dos días va



a tener 3.100, así le pongo [lo mismo para la talla], a ver, si tiene 48.7, le pongo a uno 48.0 y al otro 48.5, o sea ahícito nomás se lo hacemos.

Entrevista con prestador(a) CRED

Como hemos mencionado antes, el protocolo del CRED se inicia con la verificación de cumplimiento de controles, y como se narra en la siguiente cita, con el malestar que genera en las prestadoras el que la usuaria no haya asistido a su control oportunamente y el consiguiente reproche a la usuaria: ‘haz hecho perder el control’ y ‘me van a llamar la atención porque no has venido a tu control’. ¿Por qué la irritación de la prestadora? ¿Es porque el niño no recibió su control oportunamente o porque no lo pudo reportar en el FUA? ¿Qué es lo que tiene que cumplir la prestadora? ¿Las metas de producción o la atención CRED oportuna y con calidad, que brinde información y motive a la usuaria para que siga las recomendaciones sanitarias? No, el malestar es más bien porque la usuaria no le ha permitido cumplir con una tarea de reporte por la que se le presiona, como ella misma señala: ‘al sistema le va a dar un ataque si no tiene control, vamos a tener que recuperar’.



Cita 23

A las 9:27 entra la siguiente persona. Es una madre silenciosa con el bebé en brazos. Es un bebe de 1 mes. Nació en el centro de salud e hizo su control de 8 días allá. Le pregunta si participa en Cuna Más y la mamá dice no. Mirando su cartilla dice que hay que recuperar su control. Que le habían citado para el 25 de abril, que ese día le iba a recuperar, que le iba a hacer el 3ro y el 4to esa fecha. “Pero no has venido, has hecho perder el control” le dice. La madre con voz cautelosa le dice: “¿no era el 15 de mayo?” Camila resuelta le dice, no. Mira. Y le enseña el papelito en la esquina superior derecha de la cartilla donde dice (yo no le veo desde mi lugar) 25 de abril. Hay silencio de la madre. Se achata el momento. Si señorita dice la madre. Camila dice “igual me van a llamar la atención que no has venido a tu control”. Camila le comenta que le ha visto la pierna irritada cuando le ha tallado. Le pregunta por el pañal, y ella le pone pampers. Le dice que le puede comprar Hipoglos, es una crema para dermatitis de pañal. O que le lave. También con el aceite Johnson. Que el talco es grumoso, con ese no se seca. La madre asiente. Le dice que tiene buen peso y que: “de acá no quiero que esté bajando de peso,” y que no deje que duerma tanto.



Comenta, un poco para mí, que “al sistema le va a dar ataque si no tiene control vamos a tener que recuperar”. Camila entonces dice que se harían fichas para el 3er y 4to control. Se queja un poco de que si no fuera por los programas (#JUNTOS, #Cuna Más) no vendrían.

Notas de Campo, Centro de Salud

Lo que observamos fue que, para el personal de salud, ‘recuperar’ es una tarea corriente y normalizada, se hace en equipo, no se oculta y no se considera inmoral, de hecho, mucho de lo que se argumenta como lo posible y deseable es validado porque ‘el sistema lo acepta’. A algunas les pesa el trabajo extra, pero en general están de acuerdo en que es una ‘mentira piadosita.’

Cita 24

Esas recuperaciones son una mentira piadosita que hacemos, por qué, por el SIS CÁPITA, es como te explico, si ese niño no ha venido tres meses a su control, tú le recuperas pero esa es una mentira que estás haciendo, es una mentira piadosa (o sea yo vine hoy día pero no he venido hace tres meses), hace tres meses, ya, yo te recupero ese control, hago tres FUAs (...) lo firmo y sello, pero con fechas diferentes que le tocaba su control, qué has hecho, estás engañando (porque pones) un peso similar y una tallita similar hasta donde está, es una mentira piadosita, que hacemos porque también soy cómplice, porque yo también redacto el FUA y le doy a la enfermera que firme”.

Entrevista con prestador(a) CRED

Cita 25

La bebé estaría en su 3er control, Camila le dice que ya perdió 3 controles. Le examina el peso y talla y dice que está adecuado para su edad, le dice, a pesar de no tener controles. Camila piensa en alto leyendo. Dice que a los 4 meses no llevó sulfato ferroso... Cómo hacer, no llevó me dice. Y menciona que no está la licenciada para preguntarle (no intentó tampoco llamar a nadie en el Centro de salud, me miró a mí más bien). Si le hago su segundo va a salir como primero, dice para sí. Saldrá como



primero, decreta, y lo escribe en la HC. Entonces le indica a la mamá (ella no calcula en calculadora, sino que tiene una hoja en su cajón con los números preimpresos) que le dé 11 gotas a las 10:00 am.

Notas de Campo, Centro de Salud

Mentira piadosa o no, lo cierto es que, al trabajar el personal de salud en base a indicadores, y dado que, como hemos señalado antes, el protocolo de consejería en el CRED -en la práctica- gira en torno a los indicadores del carné y al registro de la información, se practica un servicio al papel, que no es más que el proxi del servicio a las metas requeridas. Aunque la poca responsiva calidad, aceptabilidad y pertinencia cultural en la atención del CRED es responsabilidad del sistema de salud, sin embargo, los convenios de apoyo presupuestal han tenido como consecuencia inesperada la agudización de la tensión ya existente entre producción y calidad.



Cita 26

Piden que uno cumpla las metas, los indicadores [...], para meterse la plata al bolsillo. Ellos piden por querer estar bien, en un cargo y seguir con la parte económica bien para ellos. ¿Y para nosotros? (aclara la garganta) Es que es indignante, verdad. Yo no me arrepiento, por, por amor quiero hacer mi trabajo. Pero lo que me indigna es que hay una desigualdad, y hay un egoísmo de parte del gobierno central. [...] Mientras que no hagan una supervisión directa del MINSA, que vengan personalmente ellos a visitar la realidad, cómo trabajan, cómo viven, en qué situación se encuentran, cuáles son sus obstáculos, cuáles son los riesgos que ellos tienen, entonces, recién se darían cuenta y dirían: 'Ah, sí. Bien trabajan, quizás, arriesgándose a todas las cosas, y nos merecen pagar mejor.' [...] A nosotros nos explotan, ya ves que nosotros nos limitamos algunas cosas también, estar ahí matándonos, haciendo todas las cosas para que en la estrategia para que las cosas salgan bien. ¿Pero y nosotros? No nos dan la prioridad de dar un incentivo o algo. [...] Piden que uno cumpla con metas, los indicadores, para meterse la plata al bolsillo.

Entrevista con prestador(a) de Puesto de Salud





Si bien los prestadores en general consideran que la formatería es parte de su trabajo, también cuestionan el tiempo que les toma. Sobre todo en puestos de salud, donde los prestadores son 'todistas' y manejan todos los programas, reconocen que es imposible hacer bien su trabajo en las condiciones actuales: "nos exigen mucho y se nos reconoce poco," nos comentaban. Las siguientes citas expresan bien la frustración que sienten los funcionarios de a pie contratados sirviendo en puestos de salud, que saben que sus aspiraciones de nombramiento, un mejor salario y un mayor bienestar para ellos y sus familias dependen del cumplimiento de metas, y que sienten que el dinero que generan cumpliendo metas, se queda en otros bolsillos.

CONCLUSIONES Y LECCIONES APRENDIDAS



A continuación, se resaltan las lecciones aprendidas del estudio que hemos presentado, mencionándose las conclusiones de esta investigación y otras en las que se sustentan.

- 1 ► No se pueden atacar los problemas de malnutrición infantil en la zona de estudio sin abordar directamente la situación de vulnerabilidad social de las adolescentes y las mujeres madres. No es solo un problema de inadecuada implementación de las estrategias de suplementación de hierro sino de la teoría de cambio que, en la práctica, los ha convertido en las "balas mágicas" para terminar con la anemia infantil, eclipsando los determinantes sociales que la causan y mantienen.**

Lo que hemos encontrado en las comunidades de estudio en Loreto, es que la situación nutricional de los niños y niñas menores de un año depende de las condiciones socioeconómicas que enfrentan las mujeres madres de estos niños y el soporte social del que disponen. Así, una primera lección aprendida es que no se puede atacar la anemia y la desnutrición crónica infantil (DCI) sin abordar directamente la situación de vulnerabilidad social de las mujeres madres. Las intervenciones en salud pública dirigidas a combatir la malnutrición infantil requieren incluir de manera indelible y urgente, junto con las medidas de suplementación de hierro y el paquete de atenciones CRED (que ya implementan), las condiciones en las que estas mujeres viven, trabajan y crían a sus hijos.





Se hace urgente reconocer que la situación de salud de las mujeres madres y sus niños pequeños requiere un abordaje que contemple la falta de oportunidades para las mujeres indígenas que se han embarazado siendo adolescentes. Las normas y desigualdades de género vigentes se entrecruzan con las inequidades étnicas y socioeconómicas, exponen a las mujeres al embarazo no deseado, y debilitan las redes intergeneracionales para brindar soporte a las madres solas ante eventos catastróficos o abandonos. De un lado, el cuidado de los niños y niñas pequeños compite con la capacidad de las madres solas para ir a la chacra a recolectar yuca y plátano para preparar comida y masato. De otro lado, la proteína animal, cuando está disponible, no es accesible para los niños y niñas con padres ausentes pues los varones son los que tienen el mandato social, la tecnología y las habilidades para cazar y pescar. Queda pendiente como parte de una agenda de investigación y de políticas sociales, abordar situaciones que han estado en diferente medida presentes en las comunidades pero que no se pudieron profundizar: la violencia de género, doméstica y laboral, la prostitución, el alcoholismo de varones indígenas, las intenciones reproductivas, el conocimiento y acceso a métodos de planificación familiar de las mujeres indígenas en las zonas estudiadas, entre otras.

Lo señalado antes refuerza conclusiones de otros estudios etnográficos sobre infancia, alimentación y malnutrición en contextos rurales y de pobreza. En estos se demuestra que las acciones de los servicios de salud, incluso cuando las madres se han apropiado de pautas de alimentación e higiene dadas por estos y por proyectos de ONG, se ven significativamente limitadas cuando no se considera la inseguridad alimentaria, las condiciones de saneamiento y la sobrecarga del trabajo de las mujeres (Yon 2016; Portugal et al. 2016). Desde investigaciones de salud pública, se aprecia que la administración diaria de sulfato ferroso es una estrategia que ha sido aplicada en varios países en América Latina y África con resultados variables. En una revisión de catorce intervenciones con administración diaria de sulfato ferroso en población infantil menor de cinco años, seis intervenciones no mostraron diferencia entre los niveles iniciales y finales de hemoglobina; sin embargo, en el meta-análisis, el efecto combinado de los catorce estudios mostró un incremento significativo de los niveles medios de hemoglobina (Cembranel et al., 2013). Si bien es cierto que las intervenciones con suplementos de hierro pueden tener un efecto positivo en la reducción de la anemia, es importante recordar que no se han encontrado evidencias suficientes de efectos positivos de estas intervenciones sobre el peso, la talla, ni el desarrollo mental, ni psicomotor (Pasricha et al., 2013).

Respecto a los determinantes sociales de la salud relacionados con la anemia y desnutrición infantil, hay suficiente evidencia que muestra que la falta de acceso al agua y saneamiento aumenta las probabilidades de anemia, enfermedades diarreicas y desnutrición (Larsen et al.,





2017). Asimismo, la anemia infantil está asociada con la inseguridad alimentaria y ésta, a su vez, con factores socioeconómicos como ser hijo de una madre adolescente, número de residentes en el hogar, años de escolaridad, enfermedades respiratorias y diarrea, falta de acceso a saneamiento básico y, sobre todo, el bajo ingreso per cápita.

En términos conceptuales, nuestro estudio y los otros citados en este artículo corroboran la teoría de los determinantes sociales de la salud (Comisión de Determinantes Sociales de la Salud, 2008) y se alinean con enfoques de la antropología médica crítica, que nos alertan acerca de las limitaciones de estudiar las experiencias subjetivas y cotidianas de salud de las personas sin abordar las fuerzas estructurales que condicionan su estado de salud y se interrelacionan de modo dinámico con sus marcos de interpretación cultural (Farmer, 2001a; Singer & Baer, 1995). Se trata de des-individualizar los problemas de salud y no frasear las desigualdades sociales en términos de distancias culturales, culpando a las víctimas y a sus culturas.

En lo que respecta a sus implicancias para las teorías de cambio de las intervenciones en anemia en la zona de estudio y otros lugares del país, esta investigación coloca sobre la mesa el diseño mismo de la intervención y cuestiona que se siga pensando que se trata de un problema de implementación. Desde este estudio y los otros que hemos citado, podemos sostener que la propia teoría de cambio debe ser revisada por dos razones fundamentales. La primera, porque el problema de la anemia, si bien se expresa en la biología de los niños y niñas y supone la suplementación de hierro para su tratamiento, en la zona estudiada tiene un claro origen eco-social. El cuidado de los niños y niñas y su estado nutricional están determinados por la situación de vulnerabilidad social que enfrentan las mujeres madres de niños y niñas menores de un año y el soporte social del que disponen, así como por el entorno eco-social donde pueden conseguir alimentación y garantizar la salud de sus hijos pequeños. La segunda, porque los suplementos nutricionales han terminado siendo las “balas mágicas” (Aparco & Huamán-Espino, 2017), al constituirse en la principal forma de intervención pese a reconocerse modelos de la salud pública de corte multidimensional desde las políticas nacionales (Ministerio de Salud, 2017). Esto ha eclipsado la complejidad de enfrentar la anemia infantil en situaciones de pobreza y desigualdad social como en la zona de estudio, donde el paquete CRED y la suplementación son insuficientes sin seguridad alimentaria, saneamiento y apoyo socioeconómico a las mujeres madres.





- 2 ▶ **A diferencia de lo que sucede con los alimentos, hay una falta de certeza de la población usuaria sobre los efectos positivos de los suplementos para combatir la anemia y la DCI. Estos son aceptables por las madres (que los reciben para sus hijos) cuando hay disponibilidad de alimentos y no se aprecia efectos adversos en los niños. La actitud de los prestadores de solo responder con exigencias frente a estos efectos adversos no contribuye a una mayor aceptación de los suplementos.**
-

La mayoría de las mujeres madres de niños menores de un año entrevistadas consideran que la anemia es un problema fundamentalmente de bajo peso, y por ello, de calidad y cantidad de alimentación. En ningún caso se acepta que, en contextos de hambre o alimentación inadecuada (sin proteína animal), el niño o la niña puedan superar la anemia solo con la suplementación de hierro. Es más, una madre indica que prefiere no brindar suplementos a su hijo porque estimula el apetito y no tiene alimento para brindarle. A esto se suma que se reportan efectos adversos en los niños y niñas, que no son tomados en cuenta por el personal de salud, que solo les exige darlos a la fuerza.

Las mujeres-madres y sus familias conocen la importancia del hierro y de la proteína animal en el desarrollo de sus niños, pero su preocupación central es garantizar que estos accedan a alimentos de calidad y en cantidad suficiente. Los jarabes y gotas de hierro o multimicronutrientes son aceptables como “suplementos” cuando hay disponibilidad de alimentos, cosa que no ocurre con frecuencia en las zonas de estudio, donde se observa más bien una escasez crónica. Esto estaría relacionado con los hallazgos de Jeanine Anderson en varias comunidades amazónicas, respecto a que se practica la idea de “aumentar”: “lo que se agrega, sin desplazar, sustituir y mucho menos disminuir lo existente puede ser bienvenido” (Anderson et al., 2016, p. 285). Si bien se considera que jarabes y chispitas son fundamentales para el desarrollo de sus niños y niñas, mientras que no tengan seguridad alimentaria o servicios básicos, los mensajes claves usuales del personal de salud bien intencionado no son bienvenidos porque en vez de “sumar” buscan desplazar, sustituir y disminuir lo que ya saben. En este sentido, los testimonios que recogimos coinciden con otras etnografías realizadas en la sierra rural ayacuchana que señalan que las mujeres “reaccionan restándole importancia” a los micronutrientes (Yon et al., 2016, p. 73) frente a los alimentos, a los que ven como la alternativa natural y confiable, así dicen: “Sin Chispitas podemos” (Del Pino et al., 2012, pp. 158–159).

Si bien en la zona estudiada no se aprecia un rechazo tajante a los suplementos debido a un daño grave u otra razón de desconfianza, tampoco hay una certeza de los efectos positivos de estos: “¿Cómo sé que le está haciendo bien? Yo no veo que sirve eso” dice una de las mujeres madres



entrevistadas. Por el contrario, las madres refieren que los suplementos les cayeron mal a sus niños y niñas o estos lo rechazan, debido a que les da náuseas o diarreas, lo que a su vez vinculan a un empeoramiento de su condición nutricional pues debido a ello, no pueden seguir comiendo. Lejos de recibir una respuesta del personal de salud acerca de estos efectos, son presionadas por los prestadores para que den los medicamentos a la fuerza.

Cabe indicar que el abandono de suplementos como los multimicronutrientes debido a efectos adversos también se ha reportado en diversas investigaciones, además de los estudios etnográficos ya mencionados. En una revisión sistemática sobre el uso de micronutrientes, se reportó una adherencia entre 50% y 90% pero también, efectos adversos (diarrea, vómitos y constipación) entre el 3% y 32% de los niños y niñas que los consumían (Barros & Cardoso, 2016). En México se realizó un ensayo clínico aleatorizado y se encontró que los multimicronutrientes tenían la menor tasa de aceptabilidad, en comparación con otros suplementos nutricionales, debido a problemas en la administración del medicamento y por el rechazo del niño debido al sabor de los suplementos (Rosado et al., 2010). Un estudio en Perú en sitios centinela, concluyó que la adherencia a los multimicronutrientes fue de 24,4% y la falta de esta se ha asociado a efectos secundarios y “creencias de la madre” (Munares-García & Gómez-Guizado, 2016). De igual manera, en la administración diaria de sulfato ferroso también se reportaron efectos adversos, siendo los principales, vómitos y diarrea (Cembranel et al., 2013). Entonces, no puede desestimarse la ocurrencia de estos efectos adversos en los niños y niñas, y tendría que contemplarse en los protocolos de atención.

3 ► Los programas sociales estatales que existen en el área de estudio tienen la potencialidad de mejorar el acceso y disponibilidad de alimentos para los niños menores de un año, pero por el momento esto solo sucede de manera parcial (JUNTOS) o esporádica (Qali Warma).

En el contexto de inseguridad alimentaria en que viven las familias en las comunidades del Datem del Maraón estudiadas, el apoyo alimentario de Qali Warma es fundamental para la alimentación familiar. Las madres alimentan a sus niños y niñas menores de un año recurriendo a los platos de comida que reciben sus hijos mayores en la escuela como parte de Qali Warma, un programa que solo cubre las necesidades de los niños mayores de 3 años que asisten a la escuela pública y que en los meses de mayor vulnerabilidad (enero-marzo) no ofrece soporte alimentario alguno pues las instituciones educativas cierran; adicionalmente, el estudio ha recogido testimonios sobre la poca aceptación y seguridad de los productos enlatados de Qali Warma, particularmente sobre las reacciones alérgicas que provocan las latas de pescado. Finalmente, aunque el programa JUNTOS podría ser también un



apoyo en la medida que pueden utilizar el dinero para comprar alimentos, una de las familias con las que trabajamos estaba pasando hambre y no estaba afiliada al programa.

4 ▶ **Esfuerzos por ampliar la cobertura urgen complementarse con mejoras de calidad de atención que permitan atender con eficacia a los niños y niñas con anemia y DCI en contextos de alta vulnerabilidad social.**

El sistema de evaluación del cumplimiento de las metas de cobertura del CRED, ha contribuido a que se dé un servicio al papel y al “sistema” que busca dar cuenta del cumplimiento de las políticas de inclusión social del Estado. En las actuales condiciones de mala calidad de atención y deficientes condiciones laborales del personal de salud, esta política social que buscaría contribuir a una democracia social termina teniendo efectos contradictorios, como reproducir respuestas autoritarias frente a las mujeres y generar comportamientos a-formales en el manejo de la información que se han normalizado.

Varias de las mujeres y los hombres indígenas de Castilla y Lomas no harían uso regular de los establecimientos de salud si no fuera por el Programa JUNTOS, lo que concuerda con otros estudios (Gabrysch & Campbell, 2009; Yon et al., 2016). Saben que llevar a sus hijos al CRED y tener al día el carné, es una condición para que no les quiten JUNTOS, pero han aprendido a tener pocas expectativas sobre la calidad y utilidad del CRED, un servicio que no las escucha ni respeta. Un ejemplo importante es cuando no se les da una respuesta frente a los efectos adversos de los suplementos o el rechazo de sus hijos a estos, y se les exige que les obliguen a consumirlos. Las mujeres madres se protegen diciendo “sí señorita” pero en sus casas hacen lo que su criterio les dice.

Por su parte, el personal sanitario del primer nivel de atención tiene como preocupación central el incremento de cobertura (en papel), pues requiere la producción de atenciones necesarias para el cumplimiento de indicadores de cobertura.

Los resultados del estudio etnográfico realizado muestran que “la solución del Perú” (Marini & Rokx, 2017) no está logrando los resultados esperados para la reducción de la anemia en comunidades del Datem y otros lugares del país,²² donde el descenso es bastante modesto y no sigue la misma

22 De acuerdo con el Banco Mundial, “la solución del Perú” que redujo la desnutrición crónica a más de la mitad entre el 2008-2016, se habría logrado a partir de “una estrategia pluridimensional orientada a resultados” que: optimizaba recursos a través del sistema de PpR, es decir asignando eficazmente de acuerdo con una línea de producción que garantizó insumos necesarios para un paquete de intervenciones según número de niños por punto de atención, ii. recompensaba a autoridades regionales que alcanzaban las metas a partir de esquemas de incentivos económicos de gestión (fijos) y de cobertura (variables), iii. institucionalizando la coordinación intersectorial vía el programa JUNTOS para incrementar la demanda, entre otros.





tendencia del descenso de la DCI. Los resultados sugieren que la teoría de cambio detrás de la estrategia requiere ser revisada, y muestran consecuencias no esperadas muy preocupantes. Así, se evidencia cómo la exigencia de cumplir con las metas de producción motiva prácticas de presión a las madres o cuidadoras, una producción desinteresada por la calidad de la atención y casos de falseamiento de registros, entre otros. Estos resultados coinciden con los resultados de la evaluación de los resultados del PAN en el periodo 2009-2016, que concluye que pese a los avances en cobertura de los servicios de salud y del SIS “el acceso equitativo a servicios sociales de calidad permanece como un desafío importante para el país” (FISCUS, 2017, p. 30). Es decir, sus efectos no esperados son contraproducentes tanto para las y los ciudadanos que se quieren incluir, como para el sistema de salud que se quiere mejorar.

5 ► **Urge mejorar la calidad de atención conjuntamente con la ampliación de la cobertura**

Además de ser un derecho de las personas que acuden a los servicios de salud, la calidad de atención es un factor asociado a la adherencia al tratamiento (Mekoth & Dalvi, 2015) y uno de los indicadores más importantes de la calidad de atención es la satisfacción del usuario (Batbaatar et al., 2017). Los estudios antropológicos de Anderson (2001) y el de Chávez, Yon & Cárdenas (2015) muestran que la calidad de atención en los ámbitos rurales donde se desarrollaron los estudios se define por la eficacia, la eficiencia y la relación social que se establece con los servicios estatales. Es decir, no es solo un asunto de buen trato entendido como buenos modales, sino se apela a asuntos de fondo, como: que su problema de salud sea resuelto o no le genere malestares (como sucede cuando el sulfato ferroso le genera al niño diarrea y vómitos), que no tengan que esperar un largo tiempo o que no hayan medicamentos y especialistas, y que se les escuche, dé explicaciones entendibles y se les trate con respeto. Por parte del personal de salud, se daba por sentada la eficacia siempre que las usuarias “cumplan” con lo que se espera que realicen. Dentro de esto último está la adherencia de las usuarias a los tratamientos e indicaciones, pero también la expectativa de que sigan el sistema de referencia y contrarreferencia de los establecimientos de salud, lo que no concuerda con la práctica y expectativas de la población.

La implementación de los programas de incentivo por desempeño ha mostrado resultados variables; sin embargo, algunas experiencias fueron exitosas cuando las condiciones mínimas de infraestructura y calidad fueron garantizadas (Eichler & Levine, 2009). En tal sentido, se recomienda que se mejoren las condiciones estructurales y laborales con que se prestan los servicios de salud, con el fin de que las implementaciones de los programas de pago por desempeño sean óptimas





y con resultados positivos. Por otra parte, dado que se mencionó que la calidad de atención es un factor importante para la adherencia al tratamiento y para el uso de los servicios de salud, se pueden implementar estrategias para mejorar dicha calidad. En numerosos países de África subsahariana se implementaron incentivos para la mejora de la calidad de atención enfocada en la salud materno-infantil (Bonfrer et al., 2014) y en el caso de Burundi los resultados de estos incentivos incluyeron un aumento en la cantidad y la calidad de las atenciones brindadas a gestantes y recién nacidos (Bonfrer et al., 2014). No obstante, los indicadores de calidad usados no tuvieron en cuenta aspectos como tiempo de espera o maltrato del personal de salud, lo cual significa que es necesario que se realicen más investigaciones sobre este tipo de intervenciones. En Filipinas, se implementó una intervención para mejorar la calidad de atención a través de pagos por desempeño y ésta se evaluó a través de la técnica de pacientes simulados (Quimbo et al., 2016). El estudio encontró mejoras en la calidad de atención y se resalta que, luego de cinco años de haber finalizado los incentivos económicos, la calidad de atención continuaba siendo alta. Así, esta intervención de mejora de la calidad de atención a través de pagos por desempeño en calidad tuvo un impacto que se mantuvo con el tiempo.

6 ► La ausencia de interculturalidad en salud es solo una dimensión del problema de la poca efectividad de las estrategias contra la malnutrición infantil en el Datem, como ya se ha sustentado en el punto 1 de estas conclusiones. De otro lado, la falta de interculturalidad en salud es una expresión de desigualdades sociales que requiere un cambio en las relaciones sociales inequitativas entre las mujeres rurales, indígenas y pobres con los servicios de salud. La interculturalidad es una estrategia retórica si va desligada de otros componentes de la calidad de atención y de las dimensiones sociales (redistributivas) y políticas (representación en organismos de poder y toma de decisiones) de la justicia.

A pesar de la evidencia, con frecuencia se plantea que la no aceptación de las intervenciones en salud se explica fundamentalmente por las cosmovisiones, percepciones y “creencias” (entendidas como conocimientos falsos) de “la población”, particularmente de poblaciones indígenas, nativas o campesinas. Diversos estudios constatan cómo gestores y operadores de salud suelen considerar que la limitada aceptación, cumplimiento y adherencia de los usuarios se explica por el “descuido”, “ignorancia”, “nivel cultural”, “desinterés”, “incapacidad para entender” (Gillespie, 2017; Yon et al., 2016, 2016; Yon, 2016; Del Pino et al., 2012) y un cúmulo de supuestos que definen a las ciudadanas-usuarias indígenas como sujetos ‘reacios’ al cambio y opuestos a lo biomédico sea debido a su nivel de conocimiento o a su cultura. Gillespie (2017) ejemplifica



bien esta retórica cuando dice: “reflejando el sentimiento general que las mujeres rurales son ignorantes, escuché decir a un oficial de salud de alto nivel explicando que las mujeres ‘simplemente no entienden, necesitamos sensibilizarlas’”. “Sensibilizar” parece ser una práctica educativa sanitaria que refleja la persistencia de una asimetría histórica que no reconoce una lógica válida y conocimientos en los pueblos indígenas. La interculturalidad que se deriva de este desconocimiento de lógicas propias y legítimas es una interculturalidad cosmética y funcional, ciega a cuestionarse la asimetría ideológica y material que sigue marginando conocimientos y visiones indígenas de persona, salud, enfermedad, bienestar y desarrollo. Se trata, además, de una lógica cultural y socialmente situada, es decir que no se puede comprender de manera descontextualizada respecto a la posición y situación social de los sujetos, así como a la relación con su cultura, la cual no es estática e inmutable.

Sin embargo, se ha sugerido que si “la solución del Perú” no está funcionando para la anemia es porque las y los ciudadanos rurales, pobres, indígenas se comportan de manera tal que limitan las bondades de la estrategia. Se señala que aún resta explicar por qué las medidas para reducir la anemia no han tenido el mismo éxito que los esfuerzos por bajar las tasas de retraso en el crecimiento, y se cita a una nutricionista que atribuye el fracaso a la circulación de “muchos mitos e ideas erróneas que tratamos de desterrar” (Marini & Rokx, 2017, p. 43). ¿Por qué se sigue apelando a este discurso a pesar de las evidencias ya mencionadas y del consenso sobre el modelo de los determinantes sociales de la malnutrición que se sigue citando? Desde esta perspectiva, solo podríamos esperar más de lo ya constatado en el reciente balance de Carmen Yon sobre la expansión de la oferta de salud en los últimos 25 años en ámbitos rurales e indígenas del país. Esta ampliación de cobertura de los servicios públicos de salud, actualizando modelos desarrollistas de modernización monocultural que entienden la salud como un medio para incrementar la productividad y el desarrollo económico, “no ha resuelto problemas de aceptación y calidad de atención, ni ha abonado al reconocimiento de la salud como un derecho” (Yon, 2016).

Uno de los aportes del presente estudio es mostrar que la demanda de servicios por parte de los pueblos indígenas y en general, su relación con los servicios de salud, no puede leerse únicamente a partir de una reflexión sobre la pertinencia cultural de los servicios, sino más bien que ésta debe abordarse de manera articulada con la disponibilidad, accesibilidad física, financiera y de información, y la calidad de la oferta de salud. Planteamos, además, que es indispensable estudiar etnográficamente a las experiencias, concepciones y prácticas de la burocracia de a pie: el personal sanitario que cotidianamente sirve a mujeres-madres-ciudadanas-usuarias, indígenas y mestizas, y que se las arregla para “cumplir”; algo que se empieza a hacer en el país (p.ej., Cerna et al., 2017; Gálvez & Grompone, 2017).



Partimos por reconocer una realidad fundamental que a veces se ve opacada: que el personal de salud tiene cultura, como todos nosotros, y que trabaja en una institución que también tiene una tradición cultural. Si bien esta última es diversa, tiende a reflexionarse como racional, educada, científica, lógica y autorizada para hacer que la ciudadanía pobre, indígena y mestiza, entre en razón y deje sus costumbres arraigadas para cumplir con sus recomendaciones sanitarias. Este es un guion que hemos encontrado antes en estudios propios y ajenos (Yon et al., 2016; Planas, 2016; Del Pino et al., 2012; M. E. Planas & Valdivia, 2009), que sigue reproduciéndose en el sector salud y fundamentando una particular teoría sobre lo que le corresponde al Estado (educar y vigilar) y a la ciudadanía (educarse y cumplir). Educar en este guion es, como muestra el estudio, terminar privilegiando el “servicio al papel” mientras se evalúa si la “madre” cumplió lo que serían las metas de prestador, p.ej., asistir oportunamente a su control, que su niño haya subido de peso y talla, etc. El guion se implementa sin escucha, sin diálogo, con el protagonismo solo del personal de salud, que entrega un paquete de acuerdo con la edad, que no requiere reflexionar sobre intersubjetividades, vínculo, relaciones sociales o determinantes sociales de la anemia y la desnutrición.

7 ► Las limitaciones en la atención no son atribuibles a personas individuales: El personal de salud es parte de un sistema sanitario que requiere reformas urgentes para garantizar la calidad de atención. Hace falta atender aspectos fundamentales de las condiciones de trabajo del personal de salud para que cuenten con la infraestructura, materiales y tiempo razonable para cumplir los objetivos que les competen; mejorar las condiciones de estabilidad laboral y contemplar una mayor equidad en cuanto a sus obligaciones y regímenes de trabajo. Así mismo, se requiere asegurar mecanismos de monitoreo y formación que permitan garantizar una calidad de atención.

Como se sugiere líneas arriba, se requiere reformular radicalmente una relación social en la que el personal de salud se ubica en la posición y rol social de educador y vigilante frente al que necesita ser educado y aun “no entiende” (“no es consciente”) o “no cumple”. Puede constatarse así, si se rastrea históricamente, que en la salud pública oficial sigue vigente el discurso civilizador que surge en el siglo XIX con el apogeo del positivismo y los higienistas (Mannarelli, 1999), asumiéndose que el personal de salud tiene la posición de un agente que lleva civilización asociada a modernidad y progreso, a mujeres madres pobres, rurales o indígenas. Pero a la vez, la etnografía realizada nos permite identificar que los propios prestadores de salud cuestionan al sistema de salud respecto a metas exigidas que no pueden cumplir, las condiciones limitantes



en que trabajan y lo frágiles que son sus derechos y formas de reconocimiento. Los casos de normalización del falseamiento de información identificados y la presión a las madres en los momentos de consejería deben analizarse en este contexto que, sin proponérselo, ha terminado promoviendo estas respuestas. Estudios como los de Castro (2014) sobre la violencia obstétrica en México y el testimonio auto-etnográfico del médico Daniel Rojas (Rojas, 2018) en un hospital de Lima, dan cuenta de lo des-ciudadanizante que también es la formación médica para el propio personal de salud, y cómo la conformación de un *habitus* médico autoritario termina limitando la posibilidad de reconocer derechos ciudadanos de las usuarias, especialmente en servicios públicos donde se entrecruzan desigualdades de género, clase social y etnicidad, entre otras.

Las condiciones laborales del personal de salud tampoco pueden ser omitidas de estas conclusiones. Tal como se ha dado cuenta en informes defensoriales y otros estudios (Yon et al., 2016; Chávez et al., 2015) hay una serie de carencias de infraestructura, disponibilidad de medicamentos, falta de implementos o acceso a estos en malas condiciones (balanzas descompuestas o no calibradas, hemoglobínometros averiados, desabastecimiento de multimicronutrientes, así como falta de guantes para aplicación de vacunas) que afectan el desempeño del personal de salud en la zona estudiada. A esto se suma la dificultad de cumplir con otras metas sectoriales (por ejemplo, las visitas domiciliarias) debido a las otras responsabilidades que son asignadas, como la atención en consultorios. La situación laboral se agrava en el caso del personal CAS que se encuentra en una situación de permanente inestabilidad laboral y cuya recontratación depende de las metas alcanzadas. Por otra parte, respecto a las relaciones entre los profesionales de la salud, se encontró descontento por parte de las técnicas, que no ven reconocido el apoyo que brindan a las licenciadas en enfermería.

Como ya ha sido enfatizado en otras investigaciones sobre salud infantil, el tema no se resolverá solo focalizando los esfuerzos en el personal de salud, en su supervisión o formación, aunque estos son aspectos necesarios, mientras no se aborden simultáneamente los problemas de calidad de atención de los servicios de salud evidenciados en este estudio, así como determinantes sociales que el personal de salud no puede afrontar, como la seguridad alimentaria, las desigualdades de género y la sobrecarga del trabajo de las mujeres, entre otros (Yon et al., 2016; Anderson et al., 2016; Del Pino et al., 2012).

Concordamos con Alicia Yamin cuando reflexiona sobre el uso de indicadores cuantitativos para evaluar los ODS (Yamin, 2019), y señala que no se puede tomar al personal de salud como “chivos expiatorios”. A la vez, alerta sobre el peligro de que estos recurran –al ser presionados– a prácticas coercitivas para cumplir con indicadores que, dada las características estructurales del



sistema de salud, no tienen posibilidades de alcanzar. De allí que las exigencias y capacitación del personal de salud se deben dar paralelamente a reformas necesarias en el sector salud y su articulación con los otros sectores vinculados a los determinantes de la malnutrición infantil, a quienes dirigimos también recomendaciones.

RECOMENDACIONES



El estudio muestra que la teoría de cambio para cumplir con metas de CRED y suplementación de hierro, debe ser revisada para adecuarse a las condiciones reales de su implementación en ámbitos de pobreza y gran vulnerabilidad social de las mujeres madres, como la zona de estudio; así como por las consecuencias inesperadas que emergen de las dificultades para su puesta en práctica. Las intervenciones con suplementos de hierro y multimicronutrientes serán efectivas en cuanto se asegure un acceso efectivo a los servicios de salud con una atención de calidad; se intervenga sobre las condiciones de saneamiento, y sobre la inseguridad alimentaria y condiciones de vida de las mujeres madres, encargadas del cuidado de los niños y niñas.

1 ► Para el Ministerio de Salud (MINSA) y Dirección Regional de Salud de Loreto

Garantizar cobertura con calidad

Los hallazgos del estudio indican que es necesario revisar la estrategia enfocada en el cumplimiento de metas de productividad para garantizar una cobertura con calidad y pertinencia cultural, especialmente en los servicios de CRED. La evaluación de metas de calidad o cumplimiento de protocolos en la prestación de servicios es indispensable. Según los hallazgos de esta investigación y otras, la calidad de atención se ve afectada cuando los prestadores de los servicios están más preocupados por cumplir metas de productividad que por la calidad de atención (Eichler & Levine, 2009). Ello implica enfocarse en el valor público de las estrategias de salud, es decir, aquel que crea el Estado mediante la calidad de los servicios que presta a la ciudadanía. Por lo tanto, se debe evaluar la satisfacción de las personas y el acceso a sus derechos, y no las cifras de productividad que son exigidas y premiadas, lo cual tergiversa los fines del personal de salud respecto de los sujetos que atienden (se cuidan de que “no le dé ataque al sistema”) y la finalidad de las acciones que se contabilizan. Para ello se requiere iniciar cambios en el marco institucional y las relaciones sociales del personal de salud con las ciudadanas y ciudadanos que acuden a los



establecimientos de salud, así como en la mejora de sus condiciones laborales y en la agenda de investigación pendiente.

A ► *Marco institucional*

- ◆ Que los indicadores y metas cuantitativas incluyan dimensiones de calidad relacionadas con la efectividad, eficiencia, seguridad, aceptabilidad y pertinencia cultural de la oferta CRED; y que se evalúen en el marco del desempeño del sistema de salud. Como parte de estas dimensiones se debe incluir los siguientes aspectos que surgieron de la experiencia de las mujeres entrevistadas, de conversaciones con prestadores de salud, y la observación en los servicios de salud: falta de conocimiento de las lenguas indígenas, poco esfuerzo por entender lógicas culturales diferentes y su atribución a la falta de educación formal, tiempo de espera prolongados (de hasta 6 horas), respuestas autoritarias sin mayor explicación respecto a los efectos adversos de los suplementos de hierro (“dale, aunque no quiera”), ambientes inadecuados para la consejería individualizada, problemas con el acceso a energía eléctrica, balanzas descompuestas o no calibradas, hemoglobínometros averiados, desabastecimiento de multimicronutrientes, así como falta de guantes para aplicación de vacunas.
- ◆ Que los indicadores cuantitativos de productividad y otros de resultados sanitarios (p. ej. distribución de suplementos y anemia) se complementen de manera programática con: a) un sistema de monitoreo basado en información cualitativa que permita identificar los problemas de calidad de atención y las consecuencias inesperadas (positivas y negativas) de los esquemas de incentivos, posibilitando tomar decisiones oportunamente, y b) brindar formación y acompañamiento al personal de salud tanto en aspectos técnicos como de la relación social con las usuarias y sus niñas y niños.
- ◆ Verificar los resultados en el acceso y la calidad esperados no solamente por medio del sistema de información, sino también por revisión de pares, que podrían incluir autoridades municipales, organizaciones indígenas representativas y agencias de cooperación, u otros actores/as, de tal manera que la burocracia local se apropie de la estrategia y tenga capacidad de influir en ella para adecuarla a las condiciones particulares basales.
- ◆ De acuerdo con el enfoque de los determinantes sociales reconocido por OMS, UNICEF y diversos expertos académicos, se recomienda incorporar la variable de desarrollo integral



multisectorial para combatir la anemia y la DCI como requisito para que los gobiernos regionales puedan recibir incentivos. Los indicadores deben incluir saneamiento, seguridad alimentaria, prevención de embarazos no deseados y empoderamiento de las mujeres (especialmente, de las adolescentes y jóvenes), además del paquete de salud y educación.

- ◇ Complementar los mecanismos de incentivo de manera tal que se sustenten en cambios sistémicos, considerando las interrelaciones de diferentes aspectos y buscando soluciones integrales, que coloquen la calidad de atención junto a las metas de productividad²³.

B ► *Relación social del personal de salud con las ciudadanas y ciudadanos, y la formación continua del personal de salud*

- ◇ Se ha encontrado que con frecuencia la consejería en el marco del CRED utiliza una pedagogía de presión y vigilancia, sin atender las razones que las madres argumentan para discontinuar con la administración de suplementos de hierro o micronutrientes a sus hijos. Dicha estrategia de los prestadores de salud resulta ineficaz. Se requieren espacios de escucha y diálogo respetuoso que no desestimen el rechazo de los niños, ni que desestimen los efectos adversos, que han sido reportados también por otros estudios. La presencia de efectos adversos en diversos estudios oscila entre 3% y 32%. En consecuencia, no se puede obligar a un niño a que consuma los multimicronutrientes cuando éstos pueden resultar desagradables o incluso perjudiciales desde el punto de vista de las madres.
- ◇ Las visitas domiciliarias no deben ser para recriminar, vigilar o presionar a la madre, sino para jugar con el niño o niña, escuchar las dudas de la cuidadora o cuidador, y dialogar al respecto.
- ◇ El cambio hacia una pedagogía de escucha requiere: a) un cambio en el marco institucional que premie al prestador no solo por productividad, sino también por calidad de atención; y b) un cambio en la formación de los profesionales de la salud.

23 Por ejemplo, la Agencia de Desarrollo Belga desarrolló un enfoque de fortalecimiento del sistema de salud que implicó tres componentes principales: el fortalecimiento integral del sistema de salud a nivel local, intervenir en la motivación del personal de salud mediante un paquete complejo de incentivos, y el incremento del proceso de rendición de cuentas a través del fortalecimiento del diálogo con actoras/es de la población usuaria (Paul et al., 2017).



Esto último supone que el personal de salud reflexione sobre las relaciones de poder y cómo se jerarquizan e (in)validan maneras de ver el mundo, de vivir y de hacer, y específicamente en el caso del CRED, maneras de cuidar y criar niños y niñas. Esto no se logrará sin una reflexión crítica sobre los sesgos, estereotipos y prejuicios sexistas y racistas que alimentan prácticas discriminatorias, que vulneran los derechos de los pueblos indígenas, así como de poblaciones mestizas campesinas o pobres.

- ◇ La supervisión de los establecimientos de primer nivel debe ser continua y trascender la verificación de registros, lo cual implica incluir una retroalimentación sobre el trabajo práctico del personal y sus competencias. Esta requiere orientarse a una mejora de competencias y no a la sanción. Ello contribuiría a sincerar el registro de información y las reales dificultades para cumplir con las metas solicitadas (Pesantes & Cárdenas, 2017).
- ◇ De acuerdo con lo anterior, los talleres de capacitación en salud y nutrición infantil (y otros esfuerzos dirigidos a este tema) requieren no solo centrarse en contenidos y normas técnicas, sino vincular estos a competencias. Para trabajar estas últimas, hace falta recuperar las experiencias cotidianas del personal de salud, incluyendo sus dificultades y limitaciones para alcanzar las metas que se les exigen, y resolver problemas como qué responder y hacer en caso, por ejemplo, de que las madres expresen que a sus hijos les caen mal los suplementos, o indiquen que no los quieren consumir.
- ◇ A mediano y largo plazo, se requiere incorporar los enfoques de género, derechos humanos e interculturalidad de manera transversal como parte de una mirada integral de la calidad de atención, y en la formación del personal de salud, tanto en carreras técnicas como profesionales. Con este fin, se pueden tomar aprendizajes y desarrollos curriculares como los del programa de salud intercultural de AIDESEP u otros.

C ► Condiciones laborales del personal de salud

- ◇ Tal como ya se ha señalado en otros estudios (Chávez et al., 2015), en zonas amazónicas aisladas y sin condiciones óptimas de acceso a servicios básicos y medios de comunicación, se sugiere brindar al personal de salud incentivos económicos y no económicos (como capacitación, movilidad para realizar gestiones y en periodos que les corresponde días libres) para evitar que estos lugares se conviertan en expulsores del personal de salud, reproduciendo la inequidad en la calidad de los recursos de salud para la población más vulnerable socialmente.



- ◇ Ampliar los periodos de contratación y favorecer el nombramiento del personal de salud técnico y profesional que labora en estos ámbitos de la Amazonía, según indicadores de la calidad de atención que brindan, incluyendo la pertinencia intercultural. Incorporar a las organizaciones locales y la opinión de las usuarias como parte de su evaluación. El mayor tiempo de permanencia en la zona de trabajo favorece que se construyan relaciones de confianza con la población y les da una mayor posibilidad de desarrollar prácticas de salud intercultural (Chávez et al., 2015).

2 ▶ Para el Gobierno Regional, Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento (MVCS), municipios, MINSA y FONCODES

- ◇ Implementar y supervisar la adecuada ejecución de obras de agua y saneamiento, según las competencias de cada nivel de gobierno, para mejorar las condiciones de acceso a agua segura y desagüe en las zonas urbanas y rurales de Datem del Marañón.
- ◇ Validar e implementar tecnologías no convencionales para el abastecimiento de agua en zonas rurales y dispersas, como el uso de filtros intra-domiciliarios y otras que el Programa Nacional de Saneamiento Rural viene estudiando y piloteando, pero aún no implementa de manera extensiva en la Amazonía rural.

3 ▶ Para el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social

A ▶ Programa Qali Warma

- ◇ Incluir en el programa a niños y niñas menores de tres años de hogares vulnerables con alta precariedad económica y/o con madres cuidadoras solas y/o sin redes sociales de apoyo.
- ◇ Extender la cobertura de raciones de Qali Warma durante el periodo de vacaciones escolares, que coincide con la estación en la que los hogares tienen más dificultades para acceder a alimentos de calidad y en cantidad suficiente.
- ◇ Entregar proteína animal pertinente culturalmente (p.ej., pescado fresco, carne de monte, suri, etc.), de una manera que sea ambientalmente sostenible, promoviendo prácticas solidarias vigentes y positivas, p.ej., compartir la pesca y caza aprovisionada por varones entre la familia extensa.



- ◇ Investigar la magnitud y las causas de las reacciones alérgicas que experimentan adultos y niños por los productos enlatados que entrega Qali Warma, una situación reportada antes también en población shawi de la región Loreto (Zavaleta et al., 2017).

B ► Programa JUNTOS

- ◇ Implementar un estudio que analice la implementación de JUNTOS en la región Loreto²⁴, indagando las percepciones de las beneficiarias respecto del programa y la calidad de la información que reciben en relación con las condicionalidades y las exigencias informales señaladas en el estudio.
- ◇ Evaluar la inclusión de la madre-soltería como un criterio suficiente de inclusión al programa.²⁵
- ◇ Implementar de manera efectiva la focalización geográfica en las comunidades indígenas de la Amazonía rural, pues encontramos que no todas las madres cuidadoras comuneras están afiliadas al programa JUNTOS pese a ser residentes de comunidades indígenas.
- ◇ Evaluar el potencial que tiene el programa JUNTOS para promover la seguridad alimentaria en comunidades indígenas y rurales, mientras se logran respuestas más integrales de mejora de la situación socioeconómica de las mujeres: evaluar de cuánto disponen las familias para compras que podrían aliviar la inseguridad alimentaria, luego de gastar en útiles escolares, uniformes y demás gastos relacionados con la asistencia al colegio. Probablemente se requiera modificar el monto del estipendio de JUNTOS de manera que realice su potencial para garantizar el acceso a fuentes de hierro y proteína animal, particularmente en la estación de creciente (invierno), algo que también ha sido sugerido por Zavaleta y cols. (2017).

24 Estudios con preguntas similares han sido implementados por el programa Juntos. Ver p.ej., Díaz et al. (2009).

25 Existe evidencia que la estructura familiar, la calidad y cantidad de redes de soporte y apoyo social, específicamente de abuelos maternos, son un determinante de la anemia infantil, (ver p.ej. Schmeer, 2013). Sería útil realizar un análisis de la ENDES indagando el impacto que tiene la madre-soltería y la estructura familiar en la anemia y desnutrición infantil, y un análisis cualitativo que permita comprender los procesos sociales en los hogares (p.ej., rol de los abuelos, negociación intrafamiliar de recursos desde una mirada de género, etc.) que son críticos para prevenir la enfermedad y muerte infantil en la Amazonía rural e indígena.



C ▶ Programa PENSION 65

.....

- ◈ Evaluar la inclusión en el programa a todo adulto mayor encargado del cuidado o mantenimiento de niños menores de tres años de hogares vulnerables, sea con alta precariedad económica y/o con madres cuidadoras solas.

D ▶ Programa CUNA MÁS

.....

- ◈ Evaluar la aceptabilidad de que las promotoras de Cuna Más brinden información sobre salud reproductiva y violencia de género, además de acompañamiento nutricional, desde una perspectiva de derechos e intercultural. Ello supone un proceso de formación y acompañamiento en articulación con el MINSA y el Ministerio de la Mujer, y asignando una remuneración justa y necesaria para el trabajo comunitario que se requiere.

E ▶ Fondo de Estímulo al Desempeño (FED)

.....

- ◈ Incluir en el FED indicadores relacionados con la calidad, pertinencia cultural y aceptabilidad del paquete niño y/o integrar en el diseño del FED componentes de evaluación y monitoreo cualitativos que supervisen la relación entre coberturas y la calidad, pertinencia cultural y aceptabilidad de los servicios del paquete niño.
- ◈ Implementar, regularmente, una Evaluación de Diseño y Ejecución Presupuestal del FED, de manera de confirmar o reorientar el diseño del FED de acuerdo a las características sistémicas del sistema de salud y de su articulación con otros servicios o programas sociales.

4 ▶ Para el Gobierno Regional de Loreto, los gobiernos locales de la provincia de Datem del Marañón, el Ministerio de la Producción, Ministerio de Agricultura, Ministerio del Ambiente, Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, Ministerio de Economía, y otros pertinentes.

- ◈ La política de salud (infantil) debe estar articulada con un enfoque de desarrollo rural sostenible específico para la Amazonía rural e indígena, y en este sentido, consolidar un enfoque intersectorial e integral de la salud alineado a los Objetivos de Desarrollo





Sostenible. Esta es una agenda compartida entre el Gobierno Regional de Loreto, los gobiernos locales y los ministerios vinculados con la producción y el desarrollo económico y social como parte de un plan territorial para la selva rural, tanto indígena como mestiza. De modo más concreto, se recomienda:

- Implementar una política efectiva de promoción de emprendimientos productivos de soberanía alimentaria, con enfoque de género e intercultural, y ambientalmente sostenibles en las comunidades indígenas, sea de crianza de cerdos u otros animales (de acuerdo a una evaluación de su sostenibilidad), de piscicultura y diversificando la disponibilidad de vegetales y frutas; propuestas que han sido sustentadas también en otros estudios (Zavaleta et al., 2017; Yon et al., 2016; Marion L. Roche et al., 2011; M. L. Roche et al., 2007).
- Implementar una política efectiva de promoción del comercio justo para pequeños productores de comunidades indígenas amazónicas que les permita a los padres mejorar sus ingresos monetarios y evitar prolongadas ausencias que ponen a su familia en una situación de vulnerabilidad, recargando de trabajo a la mujer madre de niños menores de un año y generando desabastecimiento de alimentos (Yon et al., 2016).
- Diseñar e implementar un nuevo programa estratégico de gestión pública basada en resultados de desarrollo rural sostenible específico para la Amazonía rural e indígena, que consolide un enfoque intersectorial alineado de manera estratégica con los Objetivos de Desarrollo Sostenible, que incluya determinantes sociales relacionados con las normas y desigualdades de género vigentes que excluyen a las mujeres de la caza y la pesca, exponen a las mujeres a un embarazo adolescente no deseado y a que no terminen la secundaria, la falta de oportunidades para las mujeres indígenas que se embarazan siendo adolescentes, la fragilidad de las redes intergeneracionales para brindar soporte a las madres solas frente a eventos catastróficos, entre otros.





REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS



- ◇ Anderson, J. (2001). Tendiendo Puentes: Calidad de Atención Desde la Perspectiva de Las Mujeres Rurales Y de Los Proveedores de Los Servicios de Salud. Movimiento Manuela Ramos.
- ◇ Anderson, J. (2011). Mortalidad materna y derechos humanos. Revista Apuntes, XXXVIII(69), 101–127. http://www.up.edu.pe/revista_apuntes/SiteAssets/Apuntes_69_Articulo_4_JAnderson_Mortalidad_Materna.pdf
- ◇ Anderson, J., Torrejón, S., & Zúñiga, M. (2016). Las infancias diversas: Estudio fenomenológico de la niñez de cero a tres años en cuatro pueblos indígenas de la Amazonía peruana. UNICEF. <http://repositorio.minedu.gob.pe/handle/123456789/5103>
- ◇ Aparco, J. P., & Huamán-Espino, L. (2017). Recomendaciones para intervenciones con suplementos de hierro: Lecciones aprendidas en un ensayo comunitario en cuatro regiones del Perú. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 34(4), 709–715. <https://doi.org/10.17843/rpmpesp.2017.344.3237>
- ◇ Barros, S., & Cardoso, M. (2016). Adherence to and acceptability of home fortification with vitamins and minerals in children aged 6 to 23 months: A systematic review. BMC PublicHealth, 16(1), 299. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-2978-0>
- ◇ Batbaatar, E., Dorjdagva, J., Luvsannyam, A., Savino, M. M., & Amenta, P. (2017). Determinants of patient satisfaction: A systematic review. Perspectives in Public Health, 137(2), 89–101. <https://doi.org/10.1177/1757913916634136>
- ◇ Belaunde, L. E. (2018). Sexualidades amazónicas. Género, deseos y alteridades (1a ed.). La Siniestra Ensayos. <http://www.librosperuanos.com/libros/detalle/19349/Sexualidades-amazonicas.-Genero-deseos-y-alteridades>
- ◇ Bonfrer, I., Van de Poel, E., & Van Doorslaer, E. (2014). The effects of performance incentives on the utilization and quality of maternal and child care in Burundi. Social Science & Medicine (1982), 123, 96–104. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.11.004>
- ◇ Boyatzis, R. (1998). Transforming Qualitative Information: Thematic Analysis and Code Development (1 edition). SAGE Publications, Inc.
- ◇ Castro, R., & Erviti, J. (2014). 25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México. Revista CONAMED, 19(1), 37–42. <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4730781>



- ◇ Cembranel, F., Dallazen, C., & González-Chica, D. A. (2013). Efetividade da suplementação de sulfato ferroso na prevenção da anemia em crianças: Revisão sistemática da literatura e metanálise. *Cadernos de Saúde Pública*, 29(9), 1731–1751. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00152312>
- ◇ Cerna, D., García, L., Félix Puémapé, Sosa, P., Rentería, M., & Rozas, L. (2017). *Acá no hay ventanillas. La burocracia de la calle en los programas sociales*. Instituto de Estudios Peruanos.
- ◇ Chávez, C., Yon, C., & Cárdenas, C. (2015). El aporte de los egresados del Programa de Formación de Enfermeros Técnicos en Salud Intercultural Amazónica de AIDSESP a la salud intercultural. Estudio de caso en dos comunidades amazónicas. Instituto de Estudios Peruanos. repositorio.iep.org.pe/bitstream/IEP/450/1/documentodetrabajo222.pdf
- ◇ Comisión de Determinantes Sociales de la Salud. (2008). *Subsanar las desigualdades en una generación Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Resumen Analítico*. (p. 36). Organización Mundial de la Salud. http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243563701_spa.pdf?ua=1
- ◇ Davy, C., Harfield, S., McArthur, A., Munn, Z., & Brown, A. (2016). Access to primary health care services for Indigenous peoples: A framework synthesis. *International Journal for Equity in Health*, 15(1), 163. <https://doi.org/10.1186/s12939-016-0450-5>
- ◇ Defensoría del Pueblo. (2008). *La salud de las comunidades nativas: Un reto para el Estado*. Defensoría del Pueblo. http://centroderecursos.cultura.pe/sites/default/files/rb/pdf/informe_134%20La%20Salud%20de%20las%20Comunidades%20Nativas%20Un%20reto%20para%20el%20Estado.pdf
- ◇ Defensoría del Pueblo. (2015). *La defensa del derecho de los pueblos indígenas amazónicos a una salud intercultural*. Defensoría del Pueblo. <http://www.defensoria.gob.pe/modules/Downloads/informes/defensoriales/Informe-Defensorial-N-169.pdf>
- ◇ Del Pino, P., Mena, M., Del Pino, E., Aronés, M., & Portugal, T. (2012). *Repensar la desnutrición, infancia, alimentación y cultura en Ayacucho, Perú*. Instituto de Estudios Peruanos.
- ◇ Díaz, R., Huber, L., Madalengoitia, O., Saldaña, R., Trivelli, C., Vargas, R., & Salazar, X. (2009). *Análisis de la implementación del Programa JUNTOS en las regiones de Apurímac, Huancavelica y Huánuco*. CARE Perú, CIES. <https://repositorio.minedu.gob.pe/handle/123456789/751>
- ◇ Eichler, R., & Levine, R. (Eds.). (2009). *Performance Incentives for Global Health: Potential and Pitfalls*.



- ◇ Ewig, C. (2011). *Second-Wave Neoliberalism: Gender, Race, and Health Sector Reform in Peru*. Penn State Press.
- ◇ Farmer, P. (2001a). *Infections and Inequalities: The Modern Plagues*, Updated with a New Preface.
- ◇ Farmer, P. (2001b). Inmodest claims of causality. En *Infections and Inequalities: The Modern Plagues* (pp. 228–261). University of California Press.
- ◇ Farmer, P. (2004). An Anthropology of Structural Violence. *Current Anthropology*, 45(3), 305–325. <https://doi.org/10.1086/ca.2004.45.issue-3>
- ◇ FISCUS. (2017). Evaluación del Apoyo Presupuestario en Perú (2009-2016) Volumen I - Informe Principal. https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_publ/ppr/evaluacion_AP_Peru2009_2017.pdf
- ◇ Freire, P. (1970). *Pedagogia del oprimido* (J. Mellado, Trad.).
- ◇ Gabrysch, S., & Campbell, O. M. (2009). Still too far to walk: Literature review of the determinants of delivery service use. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 9, 34. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-9-34>
- ◇ Gálvez, Á., & Grompone, Á. (2017). Burócratas y tecnócratas. La infructuosa búsqueda de la eficiencia empresarial en el estado peruano del siglo XXI. Instituto de Estudios Peruanos. <https://iep.org.pe/fondo-editorial/tienda-virtual/burocratas-y-tecnocratas-la-infructuosa-busqueda-de-la-eficiencia-empresarial-en-el-estado-peruano-del-siglo-xxi/>
- ◇ Gillespie, B. (2017). Negotiating nutrition: Sprinkles and the state in the Peruvian Andes. *Women's Studies International Forum*, 60, 120–127. <https://doi.org/10.1016/j.wsif.2016.10.009>
- ◇ Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2019a). Adolescentes que no estudian ni trabajan y su condición de vulnerabilidad. Sobre la base de los resultados de los Censos Nacionales 2017: XII de población, VII de Vivienda y III de Comunidades Indígenas. Instituto Nacional de Estadística e Informática. https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1632/libro.pdf
- ◇ Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2019b). Maternidad en las Adolescentes de 15 a 19 años de edad. Sobre la base de los resultados de los Censos Nacionales 2017: XII de población, VII de Vivienda y III de Comunidades Indígenas. Instituto Nacional de Estadística e Informática. https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1596/libro.pdf
- ◇ Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2019c). Perú: Características de las viviendas particulares y hogares Acceso a servicios básicos. La base de los resultados de los Censos





- Nacionales 2017: XII de población, VII de Vivienda y III de Comunidades Indígenas. Instituto Nacional de Estadística e Informática. https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1538/index.html
- ◆ Instituto Nacional de Salud. (2010). Consejería nutricional en el marco de la atención integral de salud materno infantil: Documento técnico. Instituto Nacional de Salud. <http://repositorio.ins.gob.pe/handle/INS/223>
 - ◆ Larsen, D. A., Grisham, T., Slawsky, E., & Narine, L. (2017). An individual-level meta-analysis assessing the impact of community-level sanitation access on child stunting, anemia, and diarrhea: Evidence from DHS and MICS surveys. *PLOS Neglected Tropical Diseases*, 11(6), e0005591. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0005591>
 - ◆ Levesque, J.-F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: Conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12(1), 18. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18>
 - ◆ Mannarelli, M. E. (1999). Limpias y modernas: Género, higiene y cultura en la Lima del novecientos.
 - ◆ Marini, A., & Rokx, C. (2017). Dando la talla. El éxito del Perú en la lucha contra la desnutrición crónica. Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial. <http://documents.worldbank.org/curated/en/891441505495680959/pdf/FINAL-Peru-Nutrition-Book-in-Spanish-Oct-11.pdf>
 - ◆ Martini, C., & Briggs, C. L. (2011). Narrativas patológicas y epidemias de discriminación hacia la población warao: La epidemia de cólera y los indígenas como ciudadanos de segunda en Venezuela. En G. Freire (Ed.), *Perspectivas en salud indígena: Cosmovisión, enfermedad y políticas públicas* (pp. 385–416). Editorial Abya –Yala.
 - ◆ Mekoth, N., & Dalvi, V. (2015). Does Quality of Healthcare Service Determine Patient Adherence? Evidence from the Primary Healthcare Sector in India. *Hospital Topics*, 93(3), 60–68. <https://doi.org/10.1080/00185868.2015.1108141>
 - ◆ Ministerio de Economía y Finanzas. (2016). Convenio de Financiación: Programa de Apoyo a la Estrategia Nacional de Desarrollo e Inclusión Social. Ministerio de Economía y Finanzas. https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_publ/ppr/convenio_financiacion_AP_ENDIS.pdf
 - ◆ Ministerio de Salud. (2004). Reglamento de funcionamiento del comité técnico permanente de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas. <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/destacados/archivos/485/PlanPueblosIndigenas.pdf>





- ◇ Ministerio de Salud. (2016). Política Sectorial de Salud Intercultural. <http://busquedas.elperuano.com.pe/normaslegales/aprueban-la-politica-sectorial-de-salud-intercultural-decreto-supremo-n-016-2016-sa-1363166-6/>
- ◇ Ministerio de Salud. (2017). Plan Nacional de Reducción y Control de la Anemia y la Desnutrición Crónica Infantil 2017-2021. Ministerio de Salud. ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2017/RM_249-2017-MINSA.PDF
- ◇ Munares-García, O., & Gómez-Guizado, G. (2016). Adherencia a multimicronutrientes y factores asociados en niños de 6 a 35 meses de sitios centinela, Ministerio de Salud, Perú. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 19(3), 539–553. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201600030006>
- ◇ Musante, K., & DeWalt, B. R. (2010). Participant Observation: A Guide for Fieldworkers (2 edition). AltaMira Press.
- ◇ Pesantes, M., & Cárdenas, C. (2017). Entrecruzando ríos: Sistematización de la propuesta pedagógica de formación de enfermeros técnicos en salud intercultural de AIDSESP. Instituto de Estudios Peruanos. <http://repositorio.iep.org.pe/handle/IEP/770>
- ◇ Planas. (2016). Estudio de percepciones, conocimientos y actitudes respecto de la cesárea y la transfusión sanguínea en zonas rurales de las regiones del ámbito de PARSALUD. PARSALUD II.
- ◇ Planas, M. E. (2011). Estrategia de servicios de salud con pertinencia intercultural para ciudadanas y ciudadanos indígenas [Strategy of health services with intercultural pertinence for indigenous citizens] [Documentary]. UNFPA. <https://vimeo.com/42740084>
- ◇ Planas, M. E., & Valdivia, N. (2009). Discriminación y racismo en el Perú: Un estudio sobre modalidades, motivos y lugares de discriminación en el Perú. Reporte final. AES; GRADE; Universidad Peruana Cayetano Heredia. <http://www.grade.org.pe/publicaciones/detalle/1147>
- ◇ Planas, M.-E. (2016). Informe Final. Servicio de Elaboración de un plan de implementación de la Política de Salud Intercultural. (p. 173). Ministerio de Cultura. <https://www.dropbox.com/s/1u4j09gk2anbv7a/UPCH%2C%20OS%202342-2016-S%20Segundo%20Entregable%20v2.09%20Final%20limpio.docx?dl=0>
- ◇ Portugal, T., Yon, C. & Vargas Machuca, R. (2016). Los retos para enfrentar la desnutrición infantil: “Saber y no poder”: un estudio de caso en Vilcas Huamán (Ayacucho). Lima. <http://repositorio.iep.org.pe/handle/IEP/841>
- ◇ Quimbo, S., Wagner, N., Florentino, J., Solon, O., & Peabody, J. (2016). Do Health Reforms to Improve Quality Have Long-Term Effects? Results of a Follow-Up on a Randomized Policy Experiment in the Philippines. *Health Economics*, 25(2), 165–177. <https://doi.org/10.1002/hec.3129>



- ◆ Roche, M. L., Creed-Kanashiro, H. M., Tuesta, I., & Kuhnlein, H. V. (2007). Traditional Food System Provides Dietary Quality for the Awajún in the Peruvian Amazon. *Ecology of Food and Nutrition*, 46(5–6), 377–399. <https://doi.org/10.1080/03670240701486651>
- ◆ Roche, Marion L., Creed-Kanashiro, H. M., Tuesta, I., & Kuhnlein, H. V. (2011). Infant and young child feeding in the Peruvian Amazon: The need to promote exclusive breastfeeding and nutrient-dense traditional complementary foods. *Maternal & Child Nutrition*, 7(3), 284–294. <https://doi.org/10.1111/j.1740-8709.2009.00234.x>
- ◆ Rojas, D. (2018). Diario de un interno de medicina: Aproximaciones a la educación médica y al sistema de salud en Lima, Perú.
- ◆ Rosado, J. L., González, K. E., Caamaño, M. del C., García, O. P., Preciado, R., & Odio, M. (2010). Efficacy of different strategies to treat anemia in children: A randomized clinical trial. *Nutrition Journal*, 9(1), 40. <https://doi.org/10.1186/1475-2891-9-40>
- ◆ Schmeer, K. K. (2013). Family structure and child anemia in Mexico. *Social Science & Medicine*, 95, 16–23. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.10.028>
- ◆ Singer, M. (1995). Beyond the Ivory Tower: Critical Praxis in Medical Anthropology. *Medical Anthropology Quarterly*, 9(1), 80–106. <http://www.jstor.org/stable/648559>
- ◆ Singer, M., & Baer, H. (1995). *Critical Medical Anthropology*. Baywood Publishing Co.
- ◆ Tubino, F. (2015). *La interculturalidad en cuestión*. Fondo Editorial, Pontificia Universidad Católica del Perú.
- ◆ Yamin, A. E. (2019). Power, Politics and Knowledge Claims: Sexual and Reproductive Health and Rights in the SDG Era. *Global Policy*, 10(S1), 52–60. <https://doi.org/10.1111/1758-5899.12598>
- ◆ Yamin, A. E., & Maine, D. P. (1999). Maternal Morality as a Human Rights Issue: Measuring Compliance with International Treaty Obligations. *Human Rights Quarterly*, 21, 563–607.
- ◆ Yon, C. (2016). Salud, nutrición, medio ambiente y desarrollo rural: Cambios, continuidades y desafíos. Ponencia de Balance. En: J. Durand, J. Urrutia y C. Yon (Eds.): *Perú: el problema agrario en debate/SEPIA XVI*. Tarea.
- ◆ Yon, C. (2017). La interculturalidad realmente existente en salud. *Revista Argumentos* 11 (3). <http://revistaargumentos.iep.org.pe/articulos/la-interculturalidad-realmente-existente-salud/>
- ◆ Zavaleta, C., Berrang-Ford, L., Llanos-Cuentas, A., Cárcamo, C., Ford, J., Silvera, R., Patterson, K., Marquis, G. S., & Harper, S. (2017). Indigenous Shawi communities and national food security support: Right direction, but not enough. *Food Policy*, 73, 75–87. <https://doi.org/10.1016/j.foodpol.2017.10.001>





@Gobierno Regional de Ucayali

Construyendo condiciones para el diálogo intercultural: aprendizajes y desafíos desde la experiencia de encuentros entre gobiernos regionales y organizaciones indígenas para la mejora de servicios de salud infantil

Leslie Villapolo Herrera

El contexto de diversidad cultural y alta dispersión geográfica en la Amazonía exige diseñar intervenciones apropiadas que respondan a las particularidades de este ámbito en un marco de reconocimiento y respeto de los derechos y de las diferentes visiones culturales y concepciones de bienestar y desarrollo de los pueblos indígenas. Para responder a este reto, es imprescindible brindar espacios para que los pueblos indígenas, de acuerdo con el marco normativo nacional e internacional vigente, participen en la definición de estos programas.

En este marco, gobiernos regionales de cinco regiones amazónicas, Amazonas, Junín, Loreto, San Martín y Ucayali, asumieron el compromiso de desarrollar procesos de diálogo con las organizaciones indígenas de su ámbito con el objetivo de establecer acuerdos que contribuyan a la mejora de los servicios de salud infantil²⁷ como parte del Convenio de Financiación “Programa de Apoyo a la Estrategia Nacional de Desarrollo e Inclusión Social” (AP ENDIS)²⁸.

26 El contenido del presente artículo es responsabilidad exclusiva de la investigadora y no refleja necesariamente la opinión de la Unión Europea, la Cooperación Alemana implementada por la GIZ ni la Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza-MCLCP.

27 Los Encuentros fueron diseñados para abordar las problemáticas de salud infantil y educación secundaria. Este artículo sólo abordará las experiencias relacionadas con la problemática de salud infantil.

28 El compromiso de la Política de Desarrollo e Inclusión Social es reducir las brechas existentes, absolutas y relativas, entre las poblaciones con mayores y menores necesidades a través de políticas y programas sociales articulados, favoreciendo el acceso a los servicios sociales, de modo que impacte en el alivio de la pobreza, y garantizar que se atienda de modo prioritario a aquella población que tenga mayores carencias y vulnerabilidad. Son principios orientadores de la PNDIS, el enfoque del hogar desde una perspectiva de ciclo de vida, la gestión por resultados y el enfoque territorial; considerándose como aspectos transversales relevantes para su implementación, los aspectos de interculturalidad, discapacidad y equidad de género.





Este artículo recoge algunos aprendizajes²⁹ identificados desde el enfoque intercultural a partir de la sistematización³⁰ de las experiencias de diálogo entre los gobiernos regionales de Loreto, San Martín, Amazonas, Junín y Ucayali y las organizaciones indígenas representativas para la mejora de servicios de salud, realizados durante el año 2019 y que resultaron en la firma de acuerdos entre ambos actores. A fin de contribuir a los desafíos que el Estado aún tiene para ampliar espacios de participación para que los pueblos indígenas incidan en el diseño de los planes y programas que brinden servicios con pertinencia cultural, el artículo pone énfasis sobre algunas pautas que permiten construir un diálogo intercultural, generando condiciones para un diálogo constructivo de intercambio y aprendizaje entre diferentes culturas, en igualdad de condiciones y sin discriminación desde una perspectiva de derechos, y así contribuir a futuros procesos similares para mejorar la calidad de los servicios públicos.

CONTEXTO DEL DIÁLOGO ENTRE LOS GOBIERNOS REGIONALES Y LAS ORGANIZACIONES INDÍGENAS SOBRE LA PROBLEMÁTICA DE SALUD



La propuesta de Encuentros entre gobiernos regionales y organizaciones indígenas, aplicando el enfoque intercultural, considera el marco normativo nacional³¹ e internacional³², que señala que el Estado peruano tiene la obligación de poner a disposición de los pueblos indígenas servicios

29 Los Encuentros entre gobiernos regionales y organizaciones indígenas fueron diseñados desde el punto de vista metodológico por Giselle Huamaní y Leslie Villapolo por encargo del Programa Buena Gobernanza de la Cooperación Alemana implementada por la Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH en cofinanciamiento con la Unión Europea. Ello como parte de la asesoría técnica para la implementación de los compromisos del AP ENDIS. Los aprendizajes incluyen la reflexión de las facilitadoras a lo largo del proceso.

30 Según Hoyos (2000), la sistematización de experiencias permite analizar y reflexionar sobre las particularidades de una práctica, para entender sus dinámicas, los sentidos que la inspiran e identificar sus aprendizajes. Es decir, a partir del ordenamiento y reconstrucción de una o varias experiencias, se analiza el proceso de manera crítica para identificar las lógicas y factores que lo impulsaron o limitaron, con el fin de usar estos aprendizajes en experiencias similares en el futuro.

31 La Constitución Política de 1993, en su artículo 44°, asigna al Estado las funciones de garantizar la plena vigencia de los derechos humanos, proteger a la población de las amenazas contra su seguridad y promover el bienestar que se fundamenta en la justicia y en el desarrollo integral y equilibrado de la nación.

32 Convenio N° 169 de la Organización Internacional de Trabajo (OIT), art. 25 y Declaración sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas de las Naciones Unidas, art. 23, respectivamente. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas, en la Observación General N° 14, señala que el Estado debe garantizar la disponibilidad (establecimientos, insumos, equipamiento y profesionales suficientes); accesibilidad (geográfica, por ejemplo la lejanía y dispersión poblacional, económica, a través de la afiliación a un seguro, y de igualdad, libres de discriminación); aceptabilidad (respetando la cultura de cada pueblo a través de programas con pertinencia cultural); y calidad (establecimientos y equipos en óptimas condiciones y con personal formado y capacitado para dar un servicio integral con enfoque intercultural).





adecuados, de acuerdo con sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales; asimismo, reconoce su derecho a participar activamente en la elaboración y determinación de los programas de salud, vivienda, educación y demás programas económicos y sociales que les conciernan.



“Los pueblos indígenas en el Perú, históricamente, han vivido excluidos de la Política Nacional de Estado. Siempre han existido dificultades estatales para lograr entender las necesidades y derechos de los pueblos originarios y la atención de sus propias prioridades de acuerdo a su cultura y cosmovisión”. (Comisión Multipartidaria Encargada de Estudiar y Recomendar la Solución a la Problemática de los Pueblos Indígenas, 2010)

A puertas del Bicentenario de la República del Perú, el Estado peruano mantiene una deuda histórica de atención en servicios de salud para los pueblos indígenas, y persiste el desafío de avanzar en el reconocimiento de sus derechos a la participación y consulta previa, precisamente para mejorar la calidad de estos servicios (OMS, 2017³³).

Así, a pesar de los esfuerzos desarrollados por el Estado, existe aún una importante brecha de acceso a servicios de salud de calidad para los miembros de los pueblos indígenas. En los procesos históricos de relación entre el Estado y los pueblos indígenas, se evidencia la relación asimétrica y jerarquizada entre diferentes saberes en salud, generalmente basada en estereotipos y la imposición de modelos. De esta manera, como rezago de los procesos de colonización, los servicios de salud fueron (y siguen siendo en algunos casos) mecanismos para imponer sistemas foráneos sobre las culturas locales³⁴, generando desconfianza de parte de las comunidades. En

33 Según la OMS, desde un enfoque de derechos humanos, la atención médica no sólo debe ser de CALIDAD, sino que debe cumplir los siguiente principios: (i) No discriminación: procura garantizar el ejercicio de los derechos sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición, por ejemplo, discapacidad, edad, estado civil y familiar, orientación e identidad sexual, estado de salud, lugar de residencia y situación económica y social. (ii) Disponibilidad: se deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, así como de programas de salud. (iii) Accesibilidad: los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas: (a) Aceptabilidad: todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, y sensibles a las necesidades propias de cada sexo y del ciclo vital. (b) Calidad: los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. (c) Rendición de cuentas: los Estados y otros garantes de los derechos son responsables de la observancia de los derechos humanos. (d) Universalidad: los derechos humanos son universales e inalienables. Todas las personas, en cualquier lugar del mundo, deben poder ejercerlos.

34 Un ejemplo es el caso del parto, estudiado a profundidad por Nureña (2009).





este marco, como lo señala Duque-Páramo (2007), en la actualidad se reproducen formas de relacionamiento que ven la salud oficial como lo verdadero-bueno-correcto mientras que las ideas y prácticas diferentes representan lo falso-negativo-riesgoso. En este sentido, se mantienen corrientes de opinión que suelen rechazar la diversidad o la consideran un obstáculo para los procesos de desarrollo y para el diálogo y concertación (Grupo Internacional de Expertos sobre los Pueblos Indígenas, 2010; Guimaraes, 2006; Larrea, 2008; McCartney et al., 2010; Ruiz, 1998).



Para que sean viables los procesos de diálogo y concertación es necesario generar condiciones para manejar la desigualdad en las relaciones de poder y develar argumentos o expresiones que esconden la idea de la superioridad de una cultura sobre otra, ya que estos aspectos pueden actuar como barreras para que los actores lleguen a un mutuo entendimiento y encuentren alternativas a los problemas que pretenden resolver. (Huamaní & Villapolo, 2016)

A partir de un diagnóstico previo realizado con la participación de los diferentes actores del gobierno regional y de las organizaciones indígenas, se encontró que existía una predisposición al diálogo de parte de todos ellos y se consideró que era posible generar una alianza entre los pueblos indígenas y los gobiernos regionales en torno a objetivos comunes a favor de mejorar las condiciones de vida de la población infantil y juvenil. De esta manera, se buscaba que los Encuentros se conviertan en espacios donde los distintos actores pueden reconocer y ampliar su comprensión sobre la cosmovisión³⁵ de los demás actores e identificar de manera conjunta, posibles factores subyacentes que pueden afectar la relación entre ellos. Para ello, era necesario construir las condiciones necesarias que generen una experiencia diferente de interrelación, basada en la confianza, que impacte en un compromiso mutuo para alcanzar las metas. Se previó, no obstante, que estos procesos de diálogo no estarían exentos de tensiones y conflictos de diferente tipo³⁶.

35 La cosmovisión o “visión del mundo” puede ser entendida como la manera de entender, sentir y relacionarse con todo lo que conforma nuestro mundo: nosotros mismos, otras personas o grupos, el ambiente y lo espiritual. Estas formas de entender, sentir y relacionarse tienen como base un conjunto de valores, principios y significados compartidos por una comunidad de personas (Huamaní & Villapolo, 2016). Es decir, compartimos una cosmovisión con aquellos que son parte, por ejemplo, de la religión que profesamos, del grupo etario al que pertenecemos, de la organización en la que participamos, etc.

36 Entre estas tensiones, se considera el conflicto de cosmovisiones donde, por lo general, los actores no logran sentarse a dialogar o a negociar, y si lo hacen, se dan cuenta que tienen sentidos diferentes de la realidad. En este tipo de conflictos, aunque se logre crear un espacio de diálogo, una o ambas partes sienten que no pueden decir todo lo que quieren decir, y muchas cosas importantes quedan fuera del diálogo o de la negociación.





ACTORES Y ÁMBITOS DE LOS ENCUENTROS ENTRE GOBIERNO REGIONAL Y ORGANIZACIONES INDÍGENAS



El Convenio AP ENDIS se focaliza en comunidades amazónicas que pertenecen a los distritos con mayores índices de pobreza y pobreza extrema (quintiles 1 y 2). En este marco, se contempló diversos criterios para la definición del ámbito de realización de los Encuentros entre gobiernos regionales y organizaciones indígenas, entre ellos: provincia con mayor población indígena, mayores brechas, ausencia de conflictos socioambientales en escalada que pudieran interferir con el proceso de diálogo, siendo deseable que cuente con presencia de entidades públicas regionales o descentralizadas en las zonas de intervención.

Ámbito de los encuentros entre gobiernos regionales y organizaciones indígenas de Amazonas, Loreto, San Martín, Ucayali y Junín





Estos criterios fueron validados por el gobierno regional y las organizaciones indígenas regionales, priorizando los siguientes: organizaciones indígenas locales que hayan tenido menos oportunidades para el diálogo con el gobierno regional, zonas con mayor presencia de pueblos indígenas y menor conflictividad socioambiental que permita centrarse en los temas del diálogo. Asimismo, se incluyeron las condiciones de acceso geográfico con el fin de optimizar el presupuesto para el traslado y alojamiento de todos los participantes.

1 ► Organizaciones indígenas y comunidades

La participación de las organizaciones indígenas³⁷, en la fase de diseño de la propuesta metodológica de los Encuentros, fue clave para identificar quiénes serían sus representantes y los de sus comunidades base en el encuentro, a fin de dar legitimidad a los acuerdos³⁸. Para asegurar su nivel de representatividad, se eligieron organizaciones regionales bases de AIDESEP y CONAP, que contaban con un amplio número de comunidades afiliadas. Otro criterio incorporado por las organizaciones indígenas al proceso fue la no-discriminación, incluyendo representantes de la mayoría de los distritos o provincias u organizaciones base que hubieran tenido escasas experiencias previas de diálogo directo con el gobierno regional, y un criterio de equidad en la representación de organizaciones de diferentes distritos o provincias.

37 Entrevistas a dirigentes de ORPIAN-P y otros actores del departamento de Amazonas, realizadas por la consultora Leslie Villapolo, enero 2019.

38 La legitimidad de las organizaciones indígenas es un aspecto clave dado que existe la práctica de algunos actores de “apadrinar” la creación de organizaciones ajustadas a sus intereses inmediatos, con poca solvencia en su continuidad y en las supuestas bases que representan.





Atores de las organizaciones indígenas involucrados en los Encuentros con gobiernos regionales de Amazonas, Junín, Loreto, San Martín y Ucayali

San Martín	Junín	Loreto	Amazonas	Ucayali
■ CODEPISAM ■ CEPKA ■ FERISHAM ■ FERIAMM ■ FEPIKRESAM ■ FEPIKECHA ■ FEPIKBHSAM ■ FEKIHD ■ FECONAKID	■ CONAP Regional ■ ARPI SC ■ CART ■ CARE ■ Unión Kanuja ■ FECONABAP ■ OCAR ■ FARE ■ FECONACA ■ CECONSEC ■ OCAM ■ OCAREP ■ FREMANK	■ ORPIO ■ OEPIAP ■ ACODECOSPAT ■ AKUBANA ■ ACONAKU 1 ■ ORDEMIN ■ AIDECOS ■ HUAYNACANA ■ KAMATAHUARA ■ KANA	■ ORPIAN-P ■ FEMAAN ■ OCAAM ■ CIAP	■ CORPIAA ■ OIRA ■ FACRU ■ FARU ■ FECASH ■ OIYPA ■ FECONADIS ■ FECONAPA ■ FEMAFUJP ■ FIARIM ■ FABU ■ URPIA ■ FEMIPA ■ OAGP ■ FECONAYY ■ ORDECONADIT ■ OIDIT ■ FECAGP ■ FEARCUMAT ■ ORMIPA ■ ACONADIYSH ■ CARHDY ■ UCIFP ■ CONINCAP

Dado que los actores regionales señalaron la necesidad de incorporar a actores de nivel local de los servicios locales, se incluyó también a jefes comunales, dirigentes, dirigentas, sabios y sabias especialistas en salud, parteras, promotores, promotoras y artesanas de 38 comunidades nativas. Estos líderes y lideresas de comunidades nativas fueron identificados por las propias organizaciones indígenas, que reconocían en ellos un alto nivel de conocimiento sobre el sistema de salud indígena, así como de las realidades locales.

2 ► Gobierno regional y Grupo Impulsor

Si bien el Encuentro es un proceso de diálogo construido por el gobierno regional y los pueblos indígenas, es el primero -como titular de obligaciones- quien tiene el rol de asegurar el ejercicio de derechos de los pueblos indígenas. Por ello, es el gobierno regional quien impulsó estos procesos de diálogo.





Los actores del gobierno regional fueron:

Actores del Gobierno Regional involucrados en los encuentros con pueblos indígenas de Amazonas, Loreto, San Martín y Ucayali

Gobierno Regional	Sector salud
■ Gobernador Regional ■ Gerente Regional de Desarrollo Social ■ Gerente o responsable de oficina de asuntos indígenas ■ Oficina Regional de Diálogo y Sostenibilidad	■ Director Regional de Salud ■ Especialista en Salud Intercultural ■ Responsable de Promoción de la Salud - PROMSA ■ Director de la Red de Salud ■ Micro redes ■ Prestadores de servicios en comunidades

Los gobiernos regionales de Amazonas, Loreto, San Martín, Ucayali y Junín cuentan con instancias que se ocupan directamente de los asuntos indígenas, ya sea como gerencias, subgerencias u oficinas. Sin embargo, como parte de la institucionalidad estatal indígena, estas instancias tienen aún desafíos para asumir su rol de entes rectores de las políticas y programas dirigidos a los pueblos indígenas (Rojas, 2014). Por ello, en cada gobierno regional (y en algunos casos, a nivel del gobierno local), se constituyó un Grupo Impulsor compuesto por funcionarios y funcionarias de diversas instancias, con la tarea de convocar a los actores, involucrar a tomadores de decisión a lo largo del proceso, asegurar las condiciones logísticas y metodológicas para la participación de los actores, generar sinergias para el desarrollo del proceso en sus diferentes etapas y asegurar el cumplimiento de los acuerdos.

3 ▶ Terceros colaboradores

Los terceros colaboradores eran personas o instituciones³⁹, en su mayoría de la misma región, que podían contribuir en la facilitación⁴⁰ de los talleres y reuniones, en aspectos logísticos, o que podían aportar sus experiencias, habilidades, conocimientos, recursos, entre otros, para brindar nuevas perspectivas sobre la problemática de salud infantil; así como reencausar el proceso de diálogo a los objetivos del Encuentro.

39 Es deseable que los terceros colaboradores tengan el siguiente perfil: empatía cultural, reflexión y conocimiento, capacidad de comunicación, relacionamiento, pensamiento estratégico del proceso.

40 La facilitación general estuvo a cargo de consultores y consultoras, que provenían de otras regiones del país contratados por el Programa Buena Gobernanza de la GIZ con el cofinanciamiento de la Unión Europea. Ello como parte del apoyo técnico a la implementación del AP ENDIS.





Roles que pueden asumir de los terceros colaboradores⁴¹

- ❖ **Rol de convocante.** Con capacidad para invitar y lograr la participación de los actores en el proceso. Pueden ser también varios convocantes, cuando no hay un Tercero que pueda llegar por sí mismo a todo el espectro de actores. El convocante goza de una legitimidad, autoridad u otra cualidad moral frente a los actores.
- ❖ **Rol de observador del proceso.** Con legitimidad, autoridad moral o imparcialidad frente a los actores, de manera que en su rol de observador neutral pueda dar fe del desarrollo del proceso.
- ❖ **Rol de unificador.** Con la capacidad para mediar al interior de un mismo grupo de actores o entre ellos para generar el compromiso de los actores hacia el proceso, para que se superpongan a sus diferencias y reanuden su participación en el proceso.
- ❖ **Rol de facilitador.** Con la capacidad técnica para conducir el proceso, lograr la participación de los actores a lo largo del proceso, a través del uso de herramientas y metodologías que promueven la comunicación, el enfoque en el logro de los objetivos, etc.
- ❖ **Rol de reconciliador.** Con la capacidad para reconstruir las relaciones entre los actores a través de sus capacidades comunicativas, legitimidad moral, convocatoria, etc. de modo que los actores puedan retomar su participación.
- ❖ **Rol de generador de opciones y de visiones.** Con la capacidad comunicativa o estratégica para expandir la gama de opciones que tienen los participantes en la solución del problema. Este Tercero puede también tener la capacidad para identificar nuevos horizontes o visiones comunes sobre los cuales los participantes se reenfoquen cuando quedan atrapados en el proceso.
- ❖ **Rol de capacitador.** Con el mandato y la capacidad para desarrollar conocimientos técnicos, habilidades, aptitudes en algunos de los participantes, de manera que puedan participar en el proceso con una mayor simetría y calidad.

La identificación de los terceros colaboradores fue parte del diagnóstico inicial, para asegurar que tuvieran el respeto y la aceptación de todos los actores que participarían en el proceso, aun si no eran demasiado conocidos entre ellos.

A los Encuentros asistieron dos tipos de terceros colaboradores (Huamaní et al., 2015). Los terceros colaboradores externos que, al no tener un vínculo previo o ser parte de los actores del diálogo, otorgaban legitimidad al proceso por su imparcialidad y que, desde su especialidad,

41 Basado en: Defensoría del Pueblo (2015).





contribuyeron a ampliar el conocimiento de los actores sobre políticas y gestión pública en salud y sistemas de salud y cuidado en la niñez de los pueblos indígenas, en la facilitación del proceso, en pautas metodológicas, y brindaron insumos importantes para el análisis de la problemática en salud infantil⁴² y consenso de las alternativas. En caso de que alguna tensión entre los actores escalara, se consideró la inclusión de un especialista en mediación de conflictos. Sin embargo, tanto el diseño como el compromiso de los actores contribuyeron a mantener la apertura al diálogo y, a pesar de la aparición de algunas tensiones, no fue necesaria la intervención de un(a) mediador(a) intercultural (Huamaní & Villapolo, 2016; Serrano, 2013).

Terceros colaboradores en los encuentros entre Gobiernos Regionales y Organizaciones Indígenas de Amazonas, Loreto, San Martín, Ucayali y Junín

Terceros colaboradores externos	Terceros colaboradores internos
■ Defensoría del Pueblo ■ UNICEF ■ GIZ ■ MCLCP ■ ONGs	■ Asesores y equipo técnico de las organizaciones indígenas ■ Equipo técnico de gobierno regional o gobierno local ■ Intérpretes

También se contó con el apoyo de terceros colaboradores internos, en especial asesores y equipo técnico de los gobiernos regionales y las organizaciones indígenas. Ellos y ellas, gracias a su conocimiento del contexto social, cultural e institucional, y al contar con el reconocimiento y confianza de los actores, cumplieron un rol clave en promover el proceso, “desatando” nudos en la comunicación y proveyendo de la información y asesoría necesarias para manejar las asimetrías entre los actores (Augsburger, 1992; Lustig & Jolene, 1996; Gudykunst et al., 1991). Cabe señalar que estos terceros colaboradores internos no reemplazaron en ningún caso a los actores directamente involucrados en el diálogo.

Para cumplir mejor su rol, los terceros colaboradores pasaron por un proceso de inducción y, en algunos casos, participaron en el ajuste del diseño del Encuentro junto con los representantes de los gobiernos regionales, las organizaciones indígenas y el equipo facilitador.

42 Por ejemplo, diagnóstico de la problemática de salud infantil en la Amazonía. Los terceros colaboradores internos, es decir los funcionarios de salud de las Direcciones Regionales de Salud, presentaron diagnósticos específicos de esta problemática en su región.





METODOLOGÍA DE LOS ENCUENTROS ENTRE GOBIERNOS REGIONALES Y ORGANIZACIONES INDÍGENAS



La metodología plantea un conjunto de pasos y pautas para crear las condiciones necesarias para un diálogo que permita establecer acuerdos entre el gobierno regional y los pueblos indígenas a fin de aportar a la mejora de las intervenciones consideradas en el AP ENDIS, orientadas a mejorar la prestación de servicios en el ámbito amazónico.

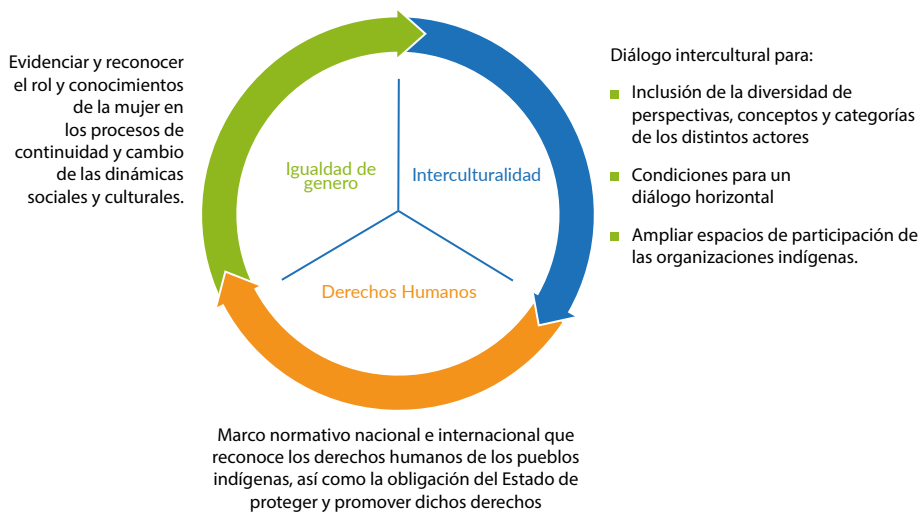
El diseño de los Encuentros⁴³, a partir de la generación de espacios de mutuo conocimiento entre el gobierno regional y las organizaciones indígenas, tenía como objetivo contribuir a construir relaciones de confianza que legitimen el proceso de diálogo y que sirvan de base para procesos de concertación futuros. Asimismo, era importante brindar soporte a los actores para la preparación y desarrollo de la experiencia de diálogo entre gobierno regional y las organizaciones indígenas.

ENFOQUES DE LOS ENCUENTROS



El diseño de los Encuentros aplicó los enfoques de igualdad de género, interculturalidad y de derechos humanos.

Enfoques del Encuentro entre gobierno regional y pueblos indígenas



43 La GIZ a través de expertos y expertas brindó insumos metodológicos y asumió el rol de facilitación de los Encuentros.





- ◇ **Igualdad de género:** El diseño de los Encuentros buscó generar condiciones para visibilizar el rol y los conocimientos de la mujer para asegurar la continuidad de los pueblos indígenas, así como para dinamizar procesos de cambio. En ese sentido, la metodología implementó estrategias y mecanismos para explicitar e incluir sus perspectivas, necesidades y aportes para alcanzar las metas propuestas, en un contexto donde las mujeres enfrentan barreras para su participación en espacios públicos.
- ◇ **Interculturalidad:** El diseño del proceso se planteó como un dialogo intercultural.



“La interculturalidad (...) se refiere a complejas relaciones, negociaciones e intercambios culturales, y busca desarrollar una interrelación entre personas, conocimientos y prácticas culturalmente diferentes; una interacción que reconoce y parte de las asimetrías sociales, económicas, políticas y de poder y de las condiciones institucionales que limitan la posibilidad que “el otro” pueda ser considerado como sujeto con identidad, diferencias y agencia-capacidad de actuar” (Walsh, 2000)

A partir de esta definición, la aplicación del enfoque intercultural significó, por un lado, reconocer la diversidad de perspectivas, conceptos y categorías de las culturas a las que pertenecen los actores, proponer mecanismos que aseguren su inclusión en el proceso, así como dismantelar perspectivas que jerarquizan los diferentes saberes en salud (Chen & Starosta, 1998; Farres, 2012; Fry & Björkqvist, 1997; Luna, 2014; Solís, 2001; Villapolo & Valiente, 2013). Por otro lado, se propuso pautas para crear las mejores condiciones para el diálogo intercultural, considerando las barreras que deben afrontar los miembros de pueblos indígenas para participar en procesos de diálogo horizontales con actores externos (idioma, distancia geográfica, diferencias de ritmos y formas de diálogo, entre otros). Reconociendo a los pueblos indígenas como protagonistas de su propio desarrollo y sus procesos de Buen Vivir/Vida plena, se planteó como reto que los acuerdos a los que se arribaran con los gobiernos regionales, efectivamente, se implementaran. Éste sería un indicador de que se respetó su derecho a la participación.

- ◇ **Derechos humanos:** Se consideró el marco normativo internacional que reconoce los derechos humanos de los pueblos indígenas, así como la obligación del Estado de protegerlos y promoverlos, incluyendo su derecho a participar activamente en el diseño de programas económicos y sociales. De acuerdo a ello, las organizaciones de los pueblos indígenas de alcance nacional, regional y local, en tanto instancias de representación de los pueblos indígenas





para la defensa de sus derechos, deben ser protagonistas en el diseño de los programas e intervenciones del Estado orientados a mejorar sus condiciones de vida,⁴⁴.

ETAPAS DEL PROCESO DE DIÁLOGO



El diseño del proceso de diálogo se planteó como una hoja de ruta que guíe su desarrollo en tres etapas (Huamaní y Villapolo, 2016). Cada etapa consideró un conjunto de pautas y actividades para alcanzar sus objetivos⁴⁵. En el caso de los Encuentros, este diseño era flexible, para ser adaptado por los actores, de manera consensuada, a su realidad local, en base a la experiencia de participación en procesos similares, y al grado y tipo de conocimientos respecto a la cultura y cosmovisión de los otros actores.

La propuesta de desarrollar los Encuentros en etapas no significa considerarlo como un proceso lineal (propio de un lenguaje analítico). Por el contrario, es visto como un proceso en espiral, de ida y vuelta, de diálogo entre cosmovisiones (es decir, de un lenguaje simbólico), en el que se puede reformular de manera conjunta la forma de ver las problemáticas de la salud infantil y las alternativas para mejorar sus intervenciones.

Además de alcanzar los productos esperados en cada etapa, las actividades tuvieron como objetivo preparar a los actores para el diálogo entre cosmovisiones diferentes y crear las condiciones necesarias para el manejo de asimetrías de poder.

En todas las regiones, los actores recortaron o ampliaron plazos, o juntaron algunos objetivos en un solo taller o reunión, de acuerdo con su disponibilidad de tiempo. En ello, también influyó el presupuesto disponible. El siguiente diagrama muestra el diseño final de los Encuentros consensuado por los actores de las regiones donde se llevaron a cabo los procesos de diálogo.

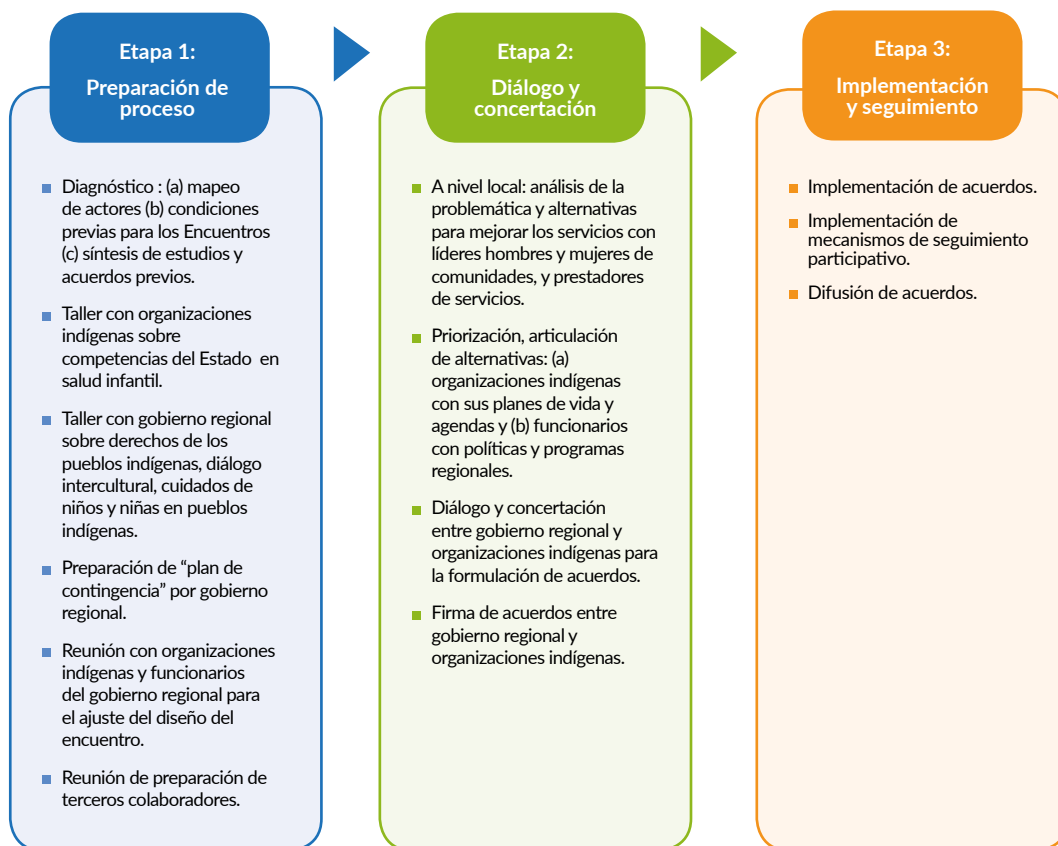
44 La Organización de Naciones Unidas reconoce el principio de la igualdad de derechos y el de la libre determinación de los pueblos en la Carta de las Naciones Unidas, artículo 1, inciso 2. En virtud de ese derecho determinan libremente su condición política y persiguen libremente su desarrollo económico, social y cultural (Declaración de Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, artículo 3).

45 La metodología inicial se nutrió de dos propuestas de diálogo y mediación intercultural: Huamaní, G. y Villapolo, L. (2016), así como Huamaní, G., Villapolo, L. y Vega, I. (2015).





Etapas del encuentro entre Gobierno Regional y Pueblos Indígenas



◇ **La Etapa 1, preparación del proceso**, tuvo como objetivo identificar las condiciones necesarias para manejar las asimetrías de poder entre los actores, a fin de incrementar las posibilidades de que el proceso logre los objetivos trazados. Ello implicó identificar a los actores, sus necesidades de información o desarrollo de competencias de manera diferenciada, así como si existían tensiones y conflictos previos que podrían perturbar el proceso de diálogo (Kupka, 2008; Sanhueza et al., 2012; Deardorff, 2009) sobre salud infantil.





Áreas del diagnóstico sobre las condiciones previas para los encuentros entre gobierno regional y organizaciones indígenas

- Expectativas frente al Encuentro y agendas pendientes.
- Capacidades (y asimetrías) para participar del diálogo: manejo de información, conocimientos y tecnologías; recursos de asesoría técnica.
- Disposición para participar en los Encuentros.
- Cargas emocionales, actitudes y marcos mentales que pueden influenciar la calidad de la participación e interacción entre los actores.
- Capacidades para el diálogo intercultural.
- Nivel de conocimiento de la cosmovisión y del contexto cultural de los actores.
- Posibles tensiones o conflictos de entendimiento, incluyendo agendas por fuera de la ENDIS.
- Aspectos del contexto social, político y económico y su posible influencia –positiva o negativa– sobre el Encuentro y los acuerdos a los que se puede arribar (conflictos, experiencias previas positivas y negativas, aprendizajes).
- Identificación de roles y propuestas de terceros colaboradores.
- Protocolos y formalidad para desarrollo del Encuentro.
- Mecanismos de información y comunicación adecuados y oportunos a lo largo del proceso, según las condiciones sociales y geográficas y las necesidades de los actores.
- Gestos y señales que brindan confianza a los actores de que un proceso de diálogo se desarrolla con transparencia y según los objetivos trazados.
- Rituales, tradiciones o prácticas que pueden incorporarse de manera de hacer más significativo el proceso para los actores.
- Condiciones logísticas y del proceso deseables y necesarias para el desarrollo del Encuentro.
- Participantes: ámbito territorial y actores





El diagnóstico permitió identificar que las organizaciones indígenas tienen una agenda política amplia para el ejercicio pleno de sus derechos humanos y, específicamente para el tema de la salud y salud infantil, tienen una perspectiva integral relacionada con la soberanía alimentaria y la seguridad territorial. Además, existían temas pendientes de procesos anteriores como demoras en procesos de titulación, conflictos por delimitación, conflictos socioambientales relacionados con actividades extractivas. Con respecto al sector salud, en algunos casos señalaron quejas por demoras en construcción de infraestructura, acuerdos no cumplidos para la contratación de personal indígena o el pago de incentivos a promotores. Frente a esta amplia agenda, era necesario que el gobierno regional estuviera preparado para acoger estas demandas, que no estaban relacionadas directamente con el tema de los Encuentros, y pudiera brindar información de los avances de estos procesos o canalizarlos a las instancias competentes. Para ello, los gobiernos regionales debían elaborar un plan de contingencia con dichas instancias.

Estas primeras reuniones y talleres permitieron que los actores consensuaran aspectos logísticos para la siguiente etapa de diálogo, como fechas, lugares, participantes, uso de lenguaje⁴⁶, que permitieran la mayor accesibilidad de los actores, en especial de las comunidades nativas, de acuerdo con la disponibilidad de presupuesto del gobierno regional. Otros puntos que se definieron en esta etapa fueron: formas de presentar contenidos y organizar los talleres, considerando un enfoque de género, necesidades de intérpretes y necesidades de acceso a información. En el caso de los funcionarios y funcionarias, solicitaron talleres sobre los derechos de los pueblos indígenas, formas de organización y el sistema de salud de los pueblos indígenas. Las organizaciones indígenas señalaron que deseaban conocer más del funcionamiento del sistema estatal para brindar los servicios de salud y los mecanismos a los que podían acudir en caso el sistema no funcione o no se brinde un servicio adecuado. Como primeros espacios de encuentro, estos talleres también fueron una oportunidad para la presentación y conocimiento interpersonal, como parte de la preparación para el Encuentro. Los actores mostraron apertura al diálogo, expresando y ajustando sus expectativas a los alcances que tendría el Encuentro y, en ese contexto, acordaron los criterios de éxito del proceso de diálogo. En general, todos los actores percibieron los diálogos desarrollados antes

46 Otros aspectos importantes fueron: intérpretes, idioma, recursos para el bienestar de los participantes (alimentación adecuada, transporte, baños, comedor, espacios de descanso y socialización, espacio para plenarios, espacio de intercambio con los medios si los actores lo consideran necesarios), tecnología y metodologías para el intercambio de información, análisis y exploración de alternativas, identificar los rituales, tradiciones, o prácticas que pueden incorporarse de manera de hacer más significativo el proceso para los participantes.





en su región como procesos débiles y señalaron que generan frustración cuando sus acuerdos no se cumplen. Por ello, plantearon dos criterios de éxito: (i) la participación de los tomadores de decisión en los acuerdos a los que se arribe para mejorar los servicios de salud infantil, y (ii) el cumplimiento de estos, asegurando mecanismos para su seguimiento. Para los funcionarios, el diálogo debía evidenciar la necesidad de atender a la población indígena con pertinencia cultural; mientras que para los dirigentes y dirigentas de las organizaciones indígenas, debían considerar el respeto por las diferencias y la inclusión del diálogo intercultural en la gestión pública.

◆ **La Etapa 2, proceso de diálogo y concertación**, tuvo como objetivo profundizar en el análisis de la problemática y la exploración de alternativas para mejorar los servicios de salud infantil a fin de establecer de manera conjunta aquellas que fueran viables, arribando a compromisos para llevarlas a cabo. Asimismo, los actores desarrollaron criterios para dar seguimiento a los avances de los acuerdos y la implementación del AP ENDIS.

A solicitud de las organizaciones indígenas y de los funcionarios de salud, esta etapa comenzó recogiendo el análisis de los problemas de la salud infantil y alternativas desde lo local. De manera paralela, se llevaron a cabo talleres para recoger la perspectiva, por un lado, de los usuarios, considerando de manera particular la visión de las mujeres; y la perspectiva, por otro lado, de los proveedores de los servicios de salud en las comunidades. Los resultados de este trabajo fueron presentados tanto a las organizaciones indígenas como a las redes de salud y DIRESA. Las organizaciones indígenas priorizaron y sustentaron estas diferentes alternativas de acuerdo con sus agendas regionales y planes de vida. Por su parte, el sector salud articuló estas alternativas a las políticas y programas regionales, en coordinación con los directivos que debían tomar las decisiones para su implementación.

Finalmente, con estos insumos trabajados, los representantes del gobierno regional y de las organizaciones indígenas se sentaron en la mesa de diálogo para formular y suscribir los acuerdos para mejorar los servicios de salud. El siguiente cuadro muestra el resumen de los principales acuerdos alcanzados.

En esta etapa también se definió la matriz para llevar a cabo la Etapa 3: Implementación y seguimiento de acuerdos. Se incluyeron mecanismos para la participación de las organizaciones y comunidades en el seguimiento y la difusión de los avances en el cumplimiento de los acuerdos.





Algunos compromisos asumidos por los gobiernos regionales y las organizaciones indígenas de Amazonas, Junín, Loreto, Ucayali y San Martín

Compromisos asumidos por los gobiernos regionales	Compromisos asumidos por las organizaciones indígenas
■ Desarrollar un programa de capacitación para el personal de salud con el enfoque intercultural. ■ Otorgar incentivos a los agentes comunitarios. ■ Incluir en los términos de referencia de contratación de personal el dominio de lenguas originarias. ■ Promocionar el uso de la medicina tradicional.	■ Capacitación al personal de salud por sabios y sabias.
■ Garantizar la atención permanente del personal en los puestos de salud. ■ Mejorar la calidad de la atención del personal. ■ Mejorar infraestructura y materiales logísticos en los centros de salud ■ Mejorar la disponibilidad de medicinas e insumos. ■ Implementar botiquines comunales.	■ Vigilancia comunal de infraestructura de salud.
■ Fomentar diálogos interculturales entre las organizaciones indígenas y el gobierno local/regional.	■ Difusión de los acuerdos y articular planes de trabajo de las organizaciones indígenas y comunidades nativas al plan de acción derivado de los Encuentros. ■ Participación en el monitoreo de implementación de los compromisos adquiridos.
Otros: ■ Mejorar el sistema de referencia y contrarreferencia comunal. ■ Obtener apoyo de otros actores para el traslado de emergencias.	Otros: ■ Incidir a nivel nacional en las instancias correspondientes para el cumplimiento del plan de acción derivado de los Encuentros. ■ Adecuación de estatutos en comunidades nativas para la prevención y atención de la violencia sexual.

Fuente: Actas de los Encuentros entre los gobiernos regionales y las organizaciones indígenas de Amazonas, Junín, Loreto, Ucayali y San Martín.

DESAFÍOS PARA CONSTRUIR UN DIÁLOGO INTERCULTURAL



Frente al contexto descrito anteriormente, el diseño de los Encuentros, además de considerar aspectos metodológicos propios de cualquier proceso de diálogo, puso énfasis en crear condiciones para un diálogo intercultural que debía considerar tres retos fundamentales: (a) propiciar el diálogo entre cosmovisiones diferentes y manejar posibles tensiones o conflictos entre ellas; (b) manejar las asimetrías de poder entre los actores; y (c) trabajar las posibles tensiones que se pudieran dar durante el proceso de diálogo.





1 ► ¿Cómo dialogar entre cosmovisiones diferentes?

El Encuentro se consideró como un proceso de diálogo delicado y complejo, no sólo por la importancia de los objetivos que se esperaban alcanzar, sino porque los acuerdos a los que se pretendía arribar debían incluir las formas diferentes en que los actores (gobierno regional y pueblos indígenas) entienden y valoran los problemas identificados. Por tanto, se necesitaba establecer un clima de confianza y buena fe, propicio para que pueda darse el intercambio de saberes entre los actores, a través de la preparación del ambiente y del proceso de diálogo, así como la preparación anímica y cultural de los actores.

En el diálogo de cosmovisiones, no se puede ignorar los aspectos estructurales e históricos de exclusión y discriminación en la relación entre pueblos indígenas y Estado. En las relaciones interpersonales entabladas durante los Encuentros, podían aflorar estos aspectos a través de pensamientos, comportamientos, o formas de sentir o valorar las diferencias desde una perspectiva jerárquica. En estos casos, fue necesario hacer una pausa en el diálogo, para develar y reflexionar de manera crítica sobre estos comportamientos en el esfuerzo de descolonizar nuestras formas de pensar y de aproximarnos a la realidad en el marco de sus causas históricas y estructurales (Santos, 2010).

Trabajar con distintas cosmovisiones es como hablar entre distintas lenguas, aunque es posible tener distintas cosmovisiones a pesar de hablar la misma lengua (Huamaní y Villapolo, 2016). Por ello, era necesario encontrar una forma de traducir entre sí las diferentes cosmovisiones. La preparación del Encuentro debía crear las condiciones para establecer un terreno, base o sentido común de la realidad entre los actores (Docherty, 2004, 2003; Nudler 2004, 1993). Una vez logrado este sentido común de la realidad, podían aplicarse las técnicas de mediación o facilitación útiles para concertar acuerdos.

2 ► ¿Cómo manejar la asimetría de poder entre los actores?

En la etapa preparatoria (Etapa 1), a partir del diagnóstico realizado, se evaluaron las asimetrías y los recursos de poder de los actores sobre los temas a abordar. Entre los aspectos más relevantes, las organizaciones indígenas solicitaron ampliar su conocimiento y acceso a la información sobre el AP ENDIS y sus avances; el funcionamiento del sistema de salud estatal, acceso y uso de mecanismos existentes para presentar quejas sobre atenciones en salud estatal. Asimismo, solicitaron que se considere evitar el uso de la lectoescritura en los talleres con comunidades, en especial para facilitar la participación de las mujeres, uso de tecnologías de la comunicación, y el





acceso a recursos necesarios para trasladarse y participar en estos espacios de diálogo. Asimismo, era necesario considerar brechas referentes a las relaciones de género o entre generaciones. En cuanto a los funcionarios, señalaron la necesidad de conocer más sobre los derechos de los pueblos indígenas y normas que los reconocen, en especial relacionados a servicios de salud estatal; las formas de organización y mecanismos de toma de decisión de sus organizaciones y comunidades; así como aproximarse a las perspectivas y prácticas sobre el cuidado del niño y niña.

Considerando el contexto histórico de discriminación de los pueblos indígenas, era necesario incluir la valoración jerárquica entre los sistemas de salud oficial e indígenas, como parte de las asimetrías entre los actores. Por ello, en la etapa preparatoria se buscó crear condiciones para abordar estas posibles formas de pensar o de aproximarse a los diferentes sistemas de salud de manera prejuiciosa o estereotipada, para desarrollar estrategias que permitan a los actores escuchar y comprender los sentidos culturales para el cuidado de la salud de niños y niñas. Esto era necesario para facilitar la participación de todas las personas en las reuniones y evitar que el análisis de las alternativas a la problemática de salud infantil fuera sesgado.

A partir de ello, se debían generar las condiciones para que el proceso sea simétrico y se garantice la participación equitativa de los actores, tanto al interior de los pueblos indígenas (por ejemplo, asimetrías entre hombres y mujeres, o asimetrías entre la generación de adultos y de jóvenes), al interior del gobierno regional, así como entre los pueblos indígenas y el gobierno regional.

3 ► Tensiones en el diálogo intercultural sobre salud

Si bien los diferentes actores del gobierno regional y de las organizaciones indígenas tuvieron una disposición positiva al diálogo, a favor de mejorar las condiciones de vida de la población infantil y juvenil, esto no significó que a lo largo del proceso de diálogo no se expresaran diferentes tensiones relacionadas con las asimetrías de poder y los desencuentros de cosmovisiones.

Los facilitadores y terceros colaboradores debían estar atentos a identificar las tensiones entre lógicas y dinámicas contrapuestas, para ayudar a los actores a manejarlas de tal manera que se pudieran lograr los objetivos del diálogo intercultural. Entre estas tensiones, podemos mencionar:

- ◊ El ritmo pausado y no lineal de los procesos de diálogo intercultural vs. El ritmo de la labor de los funcionarios y de los dirigentes, que suelen demandar un ritmo más acelerado debido a su disponibilidad de tiempo porque deben atender diversos asuntos.





- ◆ Enfocar el diálogo en encontrar alternativas para producir un cambio en los servicios de salud y “desatar los nudos” del sistema vs. Encontrar alternativas para producir un cambio en la población, es decir para convencerla de que acuda que acuda y acepte los servicios que se brindan y, de esta manera, los servidores puedan “cumplir las metas establecidas”. Esta fue una de las primeras desconfianzas que manifestaron abiertamente los miembros de los pueblos indígenas en los encuentros.
- ◆ Los objetivos de los Encuentros fueron acotados, centrados en los servicios de salud infantil, lo cual podría no responder a las expectativas de las organizaciones indígenas que esperan que se trate su agenda integral de salud.

Si bien muchas de estas tensiones no se resolvieron completamente, era importante abordarlas cuando se presentaran para que no interrumpen o perturben el diálogo. La labor de los facilitadores y terceros colaboradores era identificar estas tensiones y trabajarlas con los actores para que pudieran retomar el diálogo hacia los objetivos previamente acordados. La manera como estas tensiones eran abordadas daba señales claras de la voluntad de los actores para acortar las asimetrías de poder, abrirse a escuchar la perspectiva de los otros y crear condiciones para que las organizaciones indígenas incidan sobre los servicios de salud infantil. De lo contrario, se fortalecería la percepción de que el diálogo era un mero trámite administrativo.

CONSTRUYENDO CONDICIONES PARA EL DIÁLOGO INTERCULTURAL: APRENDIZAJES

El diálogo, y sobre todo el diálogo intercultural, es un sistema complejo, relacionado no sólo con las subjetividades de los actores, sus cosmovisiones y expectativas, sino también con su contexto sociopolítico e histórico (exclusión y marginación de los pueblos indígenas). Siendo un proceso humano, el diálogo es dinámico, se desenvuelve en espiral, con avances y retrocesos. Por tanto, desde un enfoque intercultural, los resultados de los Encuentros son tan importantes como los aprendizajes del proceso mismo, sobre todo de aquellos factores o estrategias que tienen la potencialidad para construir un diálogo verdaderamente intercultural.

Frente a los desafíos de propiciar el diálogo entre cosmovisiones diferentes, manejar las asimetrías de poder entre los actores y las tensiones que surgieran en el desarrollo de los Encuentros, dos elementos del diseño fueron claves para generar condiciones básicas para los diálogos interculturales: (a) la etapa de preparación del proceso; y (b) los roles de los terceros colaboradores.





1 ► La preparación para el diálogo

La etapa de preparación (Etapa 1 del Encuentro) fue la más extensa de todo el proceso porque pretendía asegurar las condiciones necesarias para equilibrar las asimetrías entre los actores y, en ese contexto, construir su compromiso con el Encuentro y los objetivos planteados. Conseguir que los actores reafirmaran este compromiso al final de la etapa preparatoria era clave para asegurar un proceso de diálogo (Etapa 2) viable y que asegure el éxito del encuentro.

◆ *Espacios diferenciados por actores para acortar brechas de manejo de conocimientos*

El diagnóstico permitió identificar las necesidades de información y de desarrollo de competencias de cada grupo de actores (Aneas, 2005). Estos temas fueron trabajados con los funcionarios del gobierno regional (y, en algunas regiones, con gobiernos locales), y con los representantes de los pueblos indígenas, en talleres y reuniones por separado.

Los Encuentros tienen como contexto formal el diálogo entre actores titulares de derechos (pueblos indígenas) y actores titulares de obligaciones (gobierno regional). Los talleres y reuniones de la etapa preparatoria deben considerar estos roles para favorecer el mutuo reconocimiento de los actores, su legitimidad para la interlocución y el abordaje de la problemática y de los acuerdos que se definan. En los Encuentros, los representantes del gobierno regional reconocieron a las organizaciones y comunidades indígenas como interlocutores válidos y actores políticos para tratar los problemas de salud. Por su parte, los representantes de las organizaciones indígenas identificaron al gobierno regional como una instancia para presentar sus demandas de salud. Ello contribuyó a incluir en el proceso de diálogo el reconocimiento de las cosmovisiones diferentes de los pueblos indígenas y la obligación del Estado a incorporarlas en la gestión pública.

Gracias a estos espacios, los miembros de las organizaciones indígenas ampliaron su conocimiento de cómo funciona el sistema estatal para la prestación de los servicios de salud infantil, e identificaron los cuellos de botella en estos procesos y los canales de “queja”. Asimismo, señalaron nuevas demandas de conocimiento, como el manejo del presupuesto, los derechos a la rendición de cuentas y la vigilancia de los programas. Para los funcionarios, fue significativo profundizar, a través de la perspectiva de los usuarios, en los “nudos” que impedían que el gobierno regional brinde mejores servicios. Para algunos funcionarios fue una experiencia de primer acercamiento hacia las organizaciones indígenas, y les permitió tener mayor conocimiento de las normas nacionales e internacionales de los derechos colectivos de los pueblos indígenas.





Para favorecer el abordaje de los temas de salud infantil, fue necesario que los actores conozcan los sistemas de salud estatal y de los pueblos indígenas, cómo se organizan, sus órganos y competencias, y cómo se toman decisiones. La explicación de estos sistemas también consideró las formas culturales. Así, por ejemplo, en el caso de los sistemas de salud de los pueblos indígenas, se usaron círculos de escucha para darle solemnidad a la presentación oral de los especialistas indígenas.

Estos conocimientos previos contribuyeron a que los actores, en la Etapa 2 de diálogo y concertación, pudieran brindar alternativas viables para mejorar el servicio, con el fin de destrabar obstáculos en el funcionamiento del sistema de salud estatal, y encontrar maneras de articularlo con los sistemas de salud de los pueblos indígenas para mejorar la salud de los niños y niñas.

En estos espacios, es especialmente importante la forma de presentar los contenidos a los miembros de los pueblos indígenas, en especial de las mujeres, quienes suelen percibir el uso de lenguaje técnico como una barrera impuesta que recorta sus derechos a la participación.

◆ *Preparar a los actores para el diálogo intercultural*

Si bien los Encuentros fueron planteados como un proceso de diálogo entre actores titulares de derechos y actores titulares de obligaciones para generar un diálogo de buena fe es necesario brindar espacios para un conocimiento interpersonal que “humanice” a los actores. Ello permite romper posibles estereotipos, así como ayuda a contrarrestar ideas preconcebidas sobre cómo sería esta relación.

Los talleres preparatorios fueron los primeros espacios de encuentro interpersonal entre los actores del gobierno regional y de los pueblos indígenas. Por ello, se incluyeron momentos para el mutuo conocimiento como personas, más allá de los cargos que ostentan. Así, por ejemplo, cuando los funcionarios compartieron valores o enseñanzas aprendidas de sus abuelos y abuelas, se dieron cuenta que en su mayoría provenían de familias originarias andinas o amazónicas, o que compartían muchos valores con los miembros de los pueblos indígenas. Este fue un factor clave para desarrollar sensibilidad hacia el diálogo intercultural.

El diagnóstico y espacios de reunión y coordinación de la etapa preparatoria fueron propicios para esta sensibilización, así como para preparar las condiciones que les permitieran explicitar sus propias perspectivas y escuchar las de los demás actores y





así comprender su posición (Huamani, 2011). Esta tarea puede ser retadora, y requiere en algunos casos voluntad para desaprender algunas conductas, esquemas de pensamiento y formas de relacionarse. Por ello, es importante resaltar algunas señales que evidencian la disposición de los actores hacia el diálogo intercultural:

- Se cuestionan algunos prejuicios que tenían hacia los otros actores, reconocen aquellos aspectos en los que tienen coincidencias y muestran respeto hacia las diferencias, así como el deseo de comprenderlas mejor.
- Explicitan una postura autocrítica sobre el uso o imposición de criterios y categorías que no son de las culturas de los pueblos indígenas, así como la necesidad de elaborar propuestas desde las perspectivas de los propios pueblos indígenas.
- Explican a los otros actores el contexto cultural de sus formas de expresar sus emociones o debatir, o señalan su comprensión sobre los otros contextos culturales.
- Identifican que algunas conductas, como decir frases “universalistas” o usar palabras “colonialistas” (como “primitivo”, “atraso”, “civilizado”) obstaculizan el diálogo intercultural.
- Muestran conductas y actitudes honestas de respeto y valoración de los conocimientos y prácticas de los otros actores, en especial de los pueblos indígenas.
- Muestran humildad para reconocer sus propias debilidades y errores. En el caso de los funcionarios, esto es especialmente importante como representantes estatales.
- Identifican y muestran disposición a bajar el ritmo del diálogo en momentos en que es necesario escuchar o expresar dudas y desconfianzas.

También fue momento para que los actores construyan “normas de convivencia” y se familiaricen con ellas para el diálogo y la escucha de opiniones diversas, así como para favorecer la participación con equidad de los miembros de pueblos indígenas y funcionarios, y entre hombres y mujeres. Las “normas de convivencia” también se refieren a la expresión de emociones intensas, como frustraciones o molestias, de tal manera que puedan ser reguladas en el grupo. De esta manera, los actores reafirman su disposición al diálogo y trabajo conjunto, y su voluntad para crear el mejor clima para el diálogo.

En este mismo sentido, preparar a los actores para el diálogo intercultural implica brindar espacios para que los pueblos indígenas expresen sus frustraciones no sólo con relación al proceso de diálogo en curso (si las hubiera), sino con respecto a la historia de exclusión y discriminación que han sufrido. Los funcionarios no sólo las escucharon, sino que estos





momentos fueron oportunidad para expliquen mejor sus competencias frente a esas demandas o si corresponden a otras instancias.

◆ **Construir primeros compromisos de los actores frente a la desconfianza**

Durante el desarrollo de los Encuentros, los actores expresaron desconfianza hacia los Encuentros en dos sentidos. Por un lado, la desconfianza hacia la utilidad de los procesos de diálogo; y, por otro lado, especialmente de parte de los miembros de los pueblos indígenas, la desconfianza sobre si los Encuentros repetirán experiencias históricas de imposición del modelo estatal de salud y de desprestigio del sistema indígena.

Desde el inicio de la etapa preparatoria, los pueblos indígenas señalaron su desconfianza hacia los márgenes de los que dispondrían para influir sobre las decisiones del gobierno regional, sobre los acuerdos y la disponibilidad de presupuesto para implementarlos: “¿Hasta dónde el gobierno regional estaría dispuesto a escuchar e incorporar las opiniones de los pueblos indígenas? ¿Hasta dónde el gobierno regional tiene capacidad y competencia para hacer cambios a los programas y servicios de salud infantil?”

Por ello, en la etapa preparatoria era necesario incluir espacios para que los actores se apropiaran del Encuentro de manera progresiva y tomaran las primeras decisiones sobre cómo se llevaría a cabo. Si bien se proporcionó una guía de cómo llevar a cabo el proceso, los actores validaron las tres etapas del diseño del Encuentro y, de manera consensuada, realizaron los ajustes necesarios, incorporando sus experiencias e intereses, su disponibilidad de tiempo, así como el contexto local. Entre los aspectos resaltantes, además de la definición de fechas, lugar, número de participantes, cuota de mujeres y jóvenes; los actores tomaron decisiones sobre la duración e intervalo entre los talleres y reuniones, las formas de presentar contenidos y el tipo de tecnologías a usar, los ritmos diferenciados para el análisis, debate y toma de acuerdos. De esta manera, el proceso se iba fortaleciendo porque los actores lo construían juntos y porque daban señales claras de querer construir un genuino proceso de diálogo.

- Para generar confianza en el proceso, era necesario que los actores tuvieran expectativas reales de los alcances del proceso (y criterios de éxito ajustados a ellos). Una muestra clara de confianza en el proceso fue la decisión de los miembros de los pueblos indígenas de enfocarse en la mejora de los servicios de salud, como una manera de “dar un primer paso” hacia el abordaje de su agenda integral de salud. Es decir, las organizaciones indígenas comprendían que era posible tratar temas puntuales sin





que ello signifique renunciar a tratar problemas más estructurales para incorporar el enfoque intercultural en la gestión pública. Como una muestra de reconocimiento de la agenda integral de defensa de derechos de los pueblos indígenas, los funcionarios debían preparar un “plan de contingencia” para escuchar las demandas que pudieran surgir en relación con la visión integral de las problemáticas de salud y pudieran ser canalizadas a las instancias correspondientes para que las recojan o brinden información de los avances en su atención. Si bien en ninguna de las regiones fue necesario hacer uso de los planes de contingencia, puesto que hubo acuerdo en enfocarse en los temas del AP ENDIS, el análisis y debate realizado por los actores evidenció que existe una agenda más allá de los acuerdos alcanzados en los Encuentros. Por ejemplo, los actores coincidieron en que los programas de salud infantil requieren cambios en su diseño para que tengan pertinencia cultural, y algunos de estos cambios deben ser realizados por el gobierno central. Asimismo, las organizaciones indígenas plantearon otras demandas relacionadas con la rendición de cuentas de todos los incentivos y no solo del AP ENDIS.

- Una señal clara de legitimidad del proceso para todos los actores era el nivel de involucramiento de los tomadores de decisiones para asegurar que se cumplieran los acuerdos a los que se arribara. Para los actores, era necesario que los acuerdos sean ratificados por el más alto nivel de dirección del gobierno regional como una señal de que serían cumplidos.
- De acuerdo con el diagnóstico, las decisiones no podían quedar sólo a nivel de las oficinas de asuntos indígenas debido a su limitada capacidad de incidencia sobre la marcha de la gestión regional. Lo cual refleja, en general, las debilidades de la institucionalidad estatal indígena y la manera como el Estado peruano ha asumido históricamente las prioridades de los pueblos indígenas en la agenda pública. Por ello, el proceso consideró que el grupo impulsor tuviera espacios para transmitir los avances del proceso con los niveles de decisión del gobierno regional (gobernador, vicegobernador, gerencia general, dirección regional de salud), e incidir en ellos para demostrar su voluntad política a través de la ratificación de las decisiones que se iban tomando, desde los aspectos logísticos para llevar a cabo los talleres y reuniones, hasta los compromisos para la mejora del servicio de salud infantil. Para asegurar que se implementaran los acuerdos tomados, los funcionarios realizaron un trabajo meticuloso para articularlo a los planes y programas y, de esta manera, se aseguró los recursos necesarios para llevarlos a cabo.





2 ▶ El rol de los terceros colaboradores

Los terceros colaboradores cumplen un rol de mediación y facilitación. La mediación intercultural, en sentido general, es un proceso construido por los propios actores con la ayuda de un Tercero. La Defensoría del Pueblo define la mediación intercultural como “...un proceso social y de relacionamiento conducido por un mediador y construido entre actores o partes con cosmovisiones diferentes con el fin de transformar el conflicto” (Defensoría del Pueblo, 2015). Partiendo de esta afirmación, los actores acuden a un Tercero o mediador(a) para que los asista en llevar un proceso adecuado y exitoso para ambas partes.

El Mediador Intercultural ayuda a los actores a construir un nuevo contexto de relacionamiento y diálogo que incorpore los valores, las creencias, principios y prácticas de las partes a fin de crear un proceso colaborativo de entendimiento, comunicación mutua y de acuerdos sobre lo que son compromisos y conductas culturalmente apropiadas para las partes (Defensoría del Pueblo, 2015).

Las experiencias llevadas a cabo permitieron identificar un conjunto de personas e instituciones con sensibilidad y experiencia en diálogo intercultural (como la MCLCP, ONGs, sector salud y también del sector educación) que son recursos humanos importantes como terceros colaboradores.

Entre los roles y retos más importantes que cumplieron los terceros colaboradores para contribuir de manera significativa con el diálogo intercultural, podemos señalar:

- ◆ Identificar y aprovechar espacios y momentos donde se visibilizan compromisos de los actores, se reconocen señales de confianza o se complementan argumentos para generar alianzas entre ellos. Del mismo modo, es importante que los facilitadores estén atentos a cuándo el proceso se desvía de su sentido, incrementando la desconfianza. Por ejemplo, cuando algunos funcionarios se enfocan sólo en “convencer” a los miembros de las comunidades de las bondades del servicio, las organizaciones sienten que el único interés del Estado es cumplir una meta establecida y no escucharlos para entender los cambios que requieren los servicios para que sean de calidad. Otra situación que se puede presentar es que, por “limitaciones de tiempo”, los actores prefieran seguir reproduciendo las formas como las que ya veían relacionándose (asumir una actitud pasiva o desesperanzadora, imponer decisiones “prácticas”); en estos casos se apura el proceso, se pierde la escucha, no se construyen nuevas formas de diálogo y consenso y, a mediano plazo, se pierde compromiso con los acuerdos asumidos.





- ◇ Los terceros colaboradores también deben estar atentos a identificar necesidades de información de manera diferenciada, no sólo en la etapa preparatoria, sino a lo largo de todo el proceso de diálogo. En estos casos, cuando no existen entre los actores especialistas para aclarar estos puntos, se puede convocar a otros terceros colaboradores de manera oportuna.
- ◇ Es importante incluir entre los terceros colaboradores a intérpretes interculturales. En algunos casos pueden ser intérpretes de idiomas, que deben tener una preparación anterior no sólo en la traducción de un idioma a otro, sino en la deconstrucción de las categorías sobre las que se dialoga para comprenderlas dentro de cada contexto cultural (Huamaní & Villapolo, 2016; Navaza, 2010; Geertz, 1987). En los Encuentros se identificó que era necesario analizar el significado de algunos conceptos dentro de cada sistema de salud, por ejemplo: desarrollo, cuidado del niño y niña, niñez, calidad de servicios.
- ◇ El/la facilitador(a) también debe estar atento a reconocer el sentir de unos y otros, y de cómo se expresan las emociones intensas que pueden chocar con la sensibilidad del otro actor. En estos casos, debe explicar al otro actor el aspecto cultural en la expresión de dichas emociones, para permitir regularlas dentro de las normas de convivencia acordada por los actores (Huamaní, 2011).
- ◇ El/la facilitador(a) debe estar atento a las interacciones personales donde se manifiestan actitudes de imposición o prejuicio, o al uso de categorías jerárquicas para referirse a los conocimientos y prácticas de los pueblos indígenas. En estos casos, necesita abordar estas conductas sin personalizarlas, sino más bien contextualizarlas como expresiones de una sociedad que tiene una herencia histórica marcada por procesos de imposición y jerarquías, que ha hecho que en la actualidad se reproduzcan situaciones de discriminación e injusticia. Estos momentos de análisis y reflexión crítica contribuyen a la descolonización de nuestras formas de pensar y de aproximarnos a la realidad.
- ◇ El/la facilitador(a) debe entrenarse en su rol de ayudar a los actores a construir un sentido compartido de la realidad y un lenguaje común para abordar la salud infantil. Para ello, a lo largo del proceso -incluyendo la etapa preparatoria- identifica imágenes, metáforas y narrativas usadas por los actores que explican mejor los significados y sentimientos sobre el problema, cuya complejidad suele ser mejor expresada a través de un símbolo que con un lenguaje lógico (Docherty, 2003; Nudler, 1993). Estas metáforas construidas por los actores pueden ser usadas por los facilitadores como “puentes” de transmisión de sentidos culturales entre los actores, pidiendo que los participantes de-construyan distintos significados alrededor de dicho símbolo, los cuales pueden expresar mejor la manera como entienden las complejidades del problema que abordan (Huamaní & Villapolo, 2016). Esta es una forma de





construir un sentido compartido del marco de la problemática para identificar las alternativas conjuntas frente a ella.

La experiencia desarrollada indica que es importante que el/la facilitador(a) se entrene en su rol de ayudar a los actores a entender el sentido del diálogo intercultural para abordar la salud infantil, e ir construyendo relaciones de confianza entre los actores, basado en el reconocimiento mutuo, comunicación efectiva, diálogo, debate, aprendizaje e intercambio. Asimismo, estos desafíos pueden ser asumidos por un equipo conformado por facilitadores y otros terceros colaboradores que estén atentos a las complejidades del proceso de diálogo.

BALANCE, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES



Como balance, se comprobó la hipótesis de que existe una predisposición al diálogo en los actores y que es posible generar una alianza entre los pueblos indígenas y los gobiernos regionales en torno a objetivos comunes a favor de mejorar las condiciones de vida de la población infantil y juvenil.

De manera general, se puede afirmar que se cumplieron los objetivos de los Encuentros. Los gobiernos regionales y las organizaciones indígenas de Amazonas, Junín, Loreto, San Martín y Ucayali celebraron acuerdos, a los que arribaron por consenso. Para mejorar los servicios de salud infantil para las comunidades nativas, ambos actores asumieron compromisos.

Los Encuentros han sido una experiencia significativa para los actores. Para muchos funcionarios esta experiencia fue novedosa y les demuestra que sí es posible dialogar con los representantes de los pueblos indígenas de sus regiones. Para las organizaciones indígenas esta experiencia los llevó a mirar al gobierno regional como la instancia con la que deben dialogar y hacer incidencia para la atención del Estado y no sólo dirigirse hacia el gobierno central. Asimismo, se espera que esta experiencia haya sido un proceso de aprendizaje para que los actores identifiquen la importancia de preparar los procesos de diálogo y, sobre todo, generar condiciones previas para manejar las asimetrías entre los actores como señal de buena fe.

El proceso aún no ha acabado. Los funcionarios tienen la responsabilidad de culminar la implementación de los acuerdos. La labor de las organizaciones indígenas tampoco ha culminado: el seguimiento y vigilancia que realicen a los acuerdos serán necesarios para asegurar que se cumplan. Por ello es necesario fortalecer estas capacidades de los pueblos indígenas. Es decir, fortalecer la gestión pública involucra también fortalecer capacidades de vigilancia de





los ciudadanos y ciudadanas. En el caso de los pueblos indígenas, estas capacidades se deben reforzar junto con el reconocimiento de sus derechos colectivos en los procesos de vigilancia. Por ejemplo, reconocer sus instancias tradicionales, como las asambleas o congresos, como espacios de rendición de cuentas.

Los logros de esta experiencia se consolidarán en la medida que se cumplan los acuerdos. Sin embargo, es posible identificar otros resultados positivos:

- ◇ El proceso de organizar y llevar a cabo el Encuentro ha fortalecido las coordinaciones interinstitucionales, al interior del gobierno regional y con otros actores externos.
- ◇ El diálogo, en base a información clara de las competencias de los niveles de gobierno, permitió generar también alianzas y complementariedades entre el gobierno regional y las organizaciones indígenas para afrontar las problemáticas que no eran de competencia directa del nivel regional: “lo que ustedes no pueden hacer a nivel regional, las organizaciones indígenas nos comprometemos a hacer (incidencia) a nivel nacional”.
- ◇ La GIZ aportó con un enfoque técnico y metodológico al proceso, contribuyendo a generar mejores condiciones para el diálogo, considerando las asimetrías de poder y las diferencias culturales, además de brindar criterios técnicos del alcance de estos procesos.

1 ► Metodología para el diálogo intercultural

La metodología del Encuentro buscó brindar espacios donde los distintos actores pueden reconocer y ampliar su comprensión sobre la cosmovisión de los otros e identificar de manera conjunta, posibles factores subyacentes que podrían estar afectando la relación entre ellos. Si bien la metodología fue diseñada para que sea una experiencia diferente de interrelación entre gobierno regional y organizaciones indígenas, se consideraba que esta relación podía tener momentos de tensión y conflictos relacionados con: (a) las asimetrías de poder; y (b) las diferentes cosmovisiones. En todas las experiencias, los Encuentros tuvieron momentos de tensión, sin que hayan escalado a un conflicto abierto. El nivel de confianza construido por los actores permitió que se comprometían con el proceso y arriben a acuerdos.

En general, se evidenció que el diseño metodológico fue positivo porque:

- ◇ Permitted valorar los conocimientos indígenas y sus perspectivas.





- ◈ Hubo un conocimiento interpersonal previo de los actores, que permitió romper algunos estereotipos que se manejaban entre ellos.
- ◈ Los y las participantes se reconocieron como actores del proceso, lo cual les dio legitimidad para la interlocución.
- ◈ Dio espacio, en el diálogo de cosmovisiones, para incluir los aspectos estructurales e históricos de exclusión y discriminación en la relación entre pueblos indígenas y Estado, sin que ello desviara los objetivos de los Encuentros.
- ◈ Es una experiencia que permite crecer a los actores en sus capacidades de diálogo intercultural y construir un compromiso en contra de pensamientos, formas de sentir o valorar, o comportamientos que asumen las diferencias desde una mirada jerárquica.

2 ▶ El reto de la gestión pública intercultural

Los Encuentros son una experiencia que demuestra que la gestión pública intercultural puede impulsarse creando sinergias entre lo político y las relaciones interpersonales. En este marco el diálogo intercultural genera alianzas entre los actores en torno a objetivos comunes a favor de mejorar las condiciones de vida de la población infantil y juvenil. De esta manera, los Encuentros tendrán la potencialidad de generar una experiencia diferente de interrelación, basada en la confianza, que impacte en un compromiso mutuo para alcanzar las metas.

Queda claro que los Encuentros no fueron diseñados para resolver problemas históricos y complejos en la relación Estado-pueblos indígenas, marcados por la exclusión y discriminación. Sin embargo, es posible identificar algunos aspectos claves del proceso que podrían contribuir a construir una gestión pública intercultural:

- ◈ El mutuo reconocimiento de los actores y de su legitimidad permitió abordar los temas y arribar a acuerdos. Ello incluye el reconocimiento de las cosmovisiones diferentes de los pueblos indígenas y la obligación del Estado a incluirlas en la gestión pública.
- ◈ Los espacios o mecanismos de diálogo entre gobierno regional y organizaciones indígenas deben considerar condiciones previas para el diálogo intercultural y el manejo de las asimetrías de poder.
- ◈ Los procesos de diálogo deben incluir mecanismos para que los gobiernos regionales retomen o asuman demandas anteriores de las organizaciones indígenas.





- ◆ Las instancias estatales fortalecen su imagen y legitimidad frente a las organizaciones indígenas cuando muestran un perfil dialogante y facilitan su participación. Por ello, es necesario que se invierta en la formación de un perfil del funcionario público con capacidades, voluntades y sentires para establecer diálogos interculturales.

Desde el sistema estatal, aún queda mucho camino por recorrer para institucionalizar la interculturalidad en la estructura y gestión del Estado, para que los funcionarios entiendan que no sólo se trata de incluir a los pueblos indígenas en los servicios o quitar barreras lingüísticas y geográficas para facilitar su acceso, sino que se requiere reestructurar el diseño de los mismos servicios para que incluyan las cosmovisiones y aspiraciones de los pueblos indígenas, para hacer servicios interculturales para todos los peruanos y peruanas y no sólo para los pueblos indígenas. Del mismo modo, permanecen los retos de fortalecer las oficinas de asuntos indígenas regionales, para que su función no se restrinja a las relaciones comunitarias o a temas logísticos, sino que se fortalezcan sus competencias y recursos técnicos y económicos para convertirse en una instancia rectora de las políticas indígenas.





RECOMENDACIONES PARA LA SOSTENIBILIDAD DE LOS LOGROS



- ◆ El cumplimiento de acuerdos suele ser la parte más débil de los procesos de diálogo, de ahí su desprestigio. Como señalan quienes estuvieron involucrados en la facilitación y coordinación del proceso, la experiencia de implementar los Encuentros ofrece un medio para que los actores revaloren el diálogo como una estrategia para la prevención de conflictos, cuyo impacto se verá en la medida que se cumplan los acuerdos. Se espera que sean los propios actores regionales quienes cumplan con los compromisos asumidos, dado que cuentan con planes de trabajo y mecanismos para su seguimiento.
- ◆ Un criterio para darle sostenibilidad a los acuerdos fue articularlos, por un lado, a los planes y programas del gobierno regional y, por otro lado, a los planes de vida de las organizaciones indígenas. Se identifica que el lenguaje usado para plasmar los acuerdos coincide con los planes y programas estatales, pero no así con el lenguaje de los planes de vida de los pueblos indígenas. Por ello, se recomienda seguir avanzando en encontrar un lenguaje común construido por los actores y validar si las categorías usadas para analizar los problemas de salud infantil han servido para recoger las cosmovisiones de todos los actores.
- ◆ Se recomienda incorporar alternativas que amplíen los espacios de participación de las organizaciones indígenas en procesos de gestión de los gobiernos regionales. En este sentido, es necesario fortalecer el reconocimiento de los congresos de las organizaciones como espacio de rendición de cuentas y el rol de vigilancia de las organizaciones indígenas.
- ◆ El diálogo y las relaciones de confianza son procesos en construcción. Por ello, es necesario sensibilizar, desde el Estado, a los funcionarios sobre el cuidado en los compromisos asumidos para cubrir el costo de la participación de los representantes de las organizaciones indígenas.
- ◆ Existe una agenda más allá de los acuerdos alcanzados en los Encuentros, que se debe considerar en la etapa de seguimiento. Los programas de salud infantil requieren cambios en su diseño para que tengan pertinencia cultural, y algunos de estos cambios deben ser realizados por el gobierno central.
- ◆ Los avances logrados responden a las agendas de corto y mediano plazo de las organizaciones indígenas. Queda pendiente seguir avanzando en la aplicación del enfoque intercultural en la gestión pública. En esta tarea, se sugiere considerar que la institucionalización de la interculturalidad implica también fortalecer las capacidades de las organizaciones indígenas para exigir la vigencia de sus derechos a la participación y consulta en los programas y políticas regionales.





REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS



- ◆ Adjuntía para la Prevención de Conflictos y Gobernabilidad de la Defensoría del Pueblo. (2015). Mecanismo de Mediación Intercultural. Autoedición.
- ◆ Aneas Álvarez, M. (2005). Competencia intercultural, concepto, efectos e implicaciones en el ejercicio de la ciudadanía. Revista Iberoamericana de Educación, 36(13), 1-10 páginas.
- ◆ Augsburg, D. (1992). Conflict mediation across cultures. Pathways and patterns. Westminster John Knox Press.
- ◆ Comisión Multipartidaria Encargada de Estudiar y Recomendar la Solución a la Problemática de los Pueblos Indígenas - Congreso de la República. (2010). Informe sobre Políticas Públicas para los Pueblos Indígenas. http://www4.congreso.gob.pe/comisiones/2010/CEM_Problematica_indigena/_documentos/03Informe-PoliticasPublicas/INFORME-POLITICAS-PUBLICAS.pdf
- ◆ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas. (2000). Observación general N° 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>
- ◆ Constitución Política del Perú [Const.] Art. 44. 29 de diciembre de 1993 (Perú).
- ◆ Chen, G. & Starosta, W. (1998). Foundations of Intercultural Communication. Allyn and Bacon.
- ◆ Deardorff, Darla K. (Ed.). (2009). The SAGE handbook of intercultural competence. Sage.
- ◆ Docherty J. S. (2003). Entrevistada por Julián Portilla. Beyond Intractability. <https://www.beyondintractability.org/audioplay/docherty-j>
- ◆ Docherty, J. S. (2004). Metaphors: Narratives, Metaphors, and Negotiation. Marquette Law Review, (87), 847-851.
- ◆ Duque-Páramo, M. C. (2007). Cultura y salud: elementos para el estudio de la diversidad y las inequidades Investigación. Enfermería: Imagen y Desarrollo, 9(2), 127-142.
- ◆ Farrés Fernández, G. (2012). Poder y análisis de conflictos internacionales: el complejo conflictual. CIDOB d'afers internacionals, (99), 179-199.





- ◇ Fry, D. & Björkqvist K. (Ed.). (1997). Cultural variation in conflict resolution. Alternatives to violence. Lawrence Erlbaum Associates.
- ◇ Geertz, C. (1987). La interpretación de las culturas. Gedisa.
- ◇ Gudykunst, W., Ting-Toomey, S. & Wiseman, R. (1991). Taming the beast: designing a course in intercultural communication. *Communication Education*, 40(3), 272-285 páginas
- ◇ Guimaraes, R. (11 de agosto de 2006). Agenda Indígena [Ponencia]. Conversatorio de la Mesa de Trabajo de Pueblos Indígenas de la Coordinadora Nacional de Derechos Humanos, Lima, Perú. www.aidesep.org.pe/sp/Discurso/Ponencia_robert.html.
- ◇ Hoyos, C. (2000). Un modelo para la investigación documental. Guía Teórico-Práctica sobre Construcción de Estados del Arte con importantes reflexiones sobre la investigación. Señal.
- ◇ Huamaní Ober, G. (2011). Dinámica de los Conflictos en torno a la Mina del Cerro Corona de Gold Fields. Lutheran World Relief.
- ◇ Huamaní, G. & Villapolo L. (2016). Manual de mediación intercultural. Aportes desde la experiencia de los intérpretes y traductores oficiales en lenguas indígenas. Coordinación Nacional de Intérpretes y Traductores en Lenguas Indígenas y GIZ.
- ◇ Huamaní, G., Villapolo L. & Vega I. (2015). Mecanismo de mediación intercultural. Defensoría del Pueblo y GIZ.
- ◇ Kupka, B. (2008). Creation of an instrument to assess intercultural communication competence for strategic international human resource management. [Philosophy doctoral thesis, University of Otago]. hdl.handle.net/10523/163
- ◇ Larrea Maldonado, A. M. (2008). La Plurinacionalidad: iguales y diversos en busca del Sumak Kawsay. Nuestra Constitución: Nuestro Futuro. Entre voces, *Revista del Grupo Democracia y Desarrollo Local*, (15), 35-40 páginas.
- ◇ Luna, F. (2004). Interculturalidad, un signo de los tiempos. CAAAP.
- ◇ Lustig, M. & Koester, J. (1996). Intercultural Competence. *Interpersonal Communication Across Cultures*. Harper Collins College.
- ◇ McCartney, G., Aramayo, F., Villapolo, L. & Vega, I. (2010). Desarrollo de un concepto para el fomento de mecanismos de diálogo y consulta entre las instancias estatales y los pueblos indígenas. Informe elaborado para la Defensoría del Pueblo, Perú. Lima: Deutsche Gesellschaft für Zusammenarbeit, GTZ; Centro Amazónico de Antropología y Aplicación Práctica, CAAAP; Berghof Peace Support.





- ◇ Navaza, B. (1 de octubre de 2010). Sociedad multicultural y demanda de traducción e interpretación: necesidades y carencias actuales [Ponencia]. Jornada de la Dirección General de Traducción de la Comisión Europea.
- ◇ Nudler, O. (1993). In Search of a Theory for Conflict Resolution: Taking a New Look at World Views Analysis. ICAR Newsletter, 5(5), 1-5 páginas.
- ◇ Nudler, O. (2004). Hacia un modelo de cambio conceptual: espacios controversiales y refocalización. Revista de Filosofía, 29(2), 7-19 páginas.
- ◇ Nureña, C. (2009). Incorporación del enfoque intercultural en el sistema de salud peruano: la atención del parto vertical. Revista Panamericana de Salud Pública, 26(4), 368-76.
- ◇ Convenio N° 169 sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes. Artículo 25. 27 de junio de 1989.
- ◇ Declaración de Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas. Artículo 23. 13 de septiembre de 2007.
- ◇ Organización Mundial de la Salud. (29 de diciembre de 2017). Salud y Derechos Humanos. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>
- ◇ Rojas, I. (2014). La institucionalidad estatal indígena peruana y el caso de los asháninkas frente al megaproyecto Pakitzapango. [Tesis de licenciatura,]. Pontificia Universidad Católica del Perú <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/5556>
- ◇ Ruiz, B. (1998). Cultura del conflicto y diversidad cultural. Cuadernos electrónicos de filosofía del derecho. (1). <http://www.uv.es/cefd/1/Ruiz.html>.
- ◇ Sanhueza Henríquez, S., Paukner Nogués F., San Martín V. y Friz Carrillo, M. (2012). Dimensiones de la competencia comunicativa intercultural y sus implicancias para la práctica educativa. Folios (36), 131-151 páginas.
- ◇ Santos, B. S. (2010). Descolonizar el saber, reinventar el poder. Trilce Extensión Universitaria.
- ◇ Secretaría del Foro Permanente para las Cuestiones Indígenas, División de Política Social y Desarrollo Social, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de la Organización de las Naciones Unidas. (2010). Reunión del Grupo Internacional de Expertos sobre los Pueblos Indígenas: Desarrollo con Cultura e Identidad: Artículos 3 y 32 de la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas. www.un.org/esa/socdev/unpfi/documents/EGM_DCI_Concept_Paper.doc
- ◇ Serrano Lizarzaburu, M. V. (2013). Mediación intercultural: solapamientos, interconexiones y especializaciones potenciales en los ámbitos de la resolución de conflictos y la





interpretación comunitaria. [Trabajo de Fin de Máster, Universidad de Salamanca] www.academia.edu/6428255

- ◇ Solís, G. (2001). Interculturalidad: encuentros y desencuentros en el Perú. En M. Heise (Ed.), Interculturalidad: creación de un concepto y desarrollo de una actitud (pp. 97-119). Programa FORTE-PE/PROEBI.
- ◇ Villapolo, L & Valiente T. (2013). Guía metodológica de “Transversalización del enfoque de interculturalidad en programas y proyectos del sector gobernabilidad”. GIZ.
- ◇ Walsh, C. (2000). Criterios sobre el tratamiento de la interculturalidad en la educación. Programa de Mejoramiento de la Calidad de la Educación Peruana del Ministerio de Educación. <https://centroderecursos.cultura.pe/sites/default/files/rb/pdf/Propuesta%20para%20el%20tratamiento%20de%20la%20interculturalidad%20en%20la%20educacion.pdf>







Con el apoyo de:

