

Documento
de Trabajo
147

*Discriminación y exclusión:
políticas públicas de salud y
poblaciones indígenas*

Margarita Huayhua

Este libro es resultado del Programa Siembra Democracia auspiciado por la Fundación Ford. Donación: 1010-1807.

© IEP Ediciones
Horacio Urteaga 694, Lima 11
Telf. (51 1) 332-6194/424-4856
Fax (51 1) 332-6173
E-mail: publicaciones@iep.org.pe

© Margarita Huayhua

ISSN: 1022-0356 (Documento de Trabajo IEP)
ISSN: 1022-0429 (Serie Sociología y Política)

Impreso en el Perú
marzo, 2006
500 ejemplares

Hecho el depósito legal en la
Biblioteca Nacional del Perú: 2006-1411

Prohibida la reproducción total o parcial de las características gráficas de este documento por cualquier medio sin permiso del Instituto de Estudios Peruanos

HUAYHUA, MARGARITA

Discriminación y exclusión: políticas públicas de salud y poblaciones indígenas. Lima, IEP, 2006. (Documento de Trabajo, 147. Serie Sociología y Política, 42)

DISCRIMINACIÓN RACIAL; EXCLUSIÓN SOCIAL; SERVICIOS DE SALUD; POLÍTICA DE SALUD; POBLACIÓN INDÍGENA; PERÚ; CUSCO

WD/05.01.01/SP/42

DISCRIMINACIÓN Y EXCLUSIÓN:

POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD Y POBLACIONES INDÍGENAS

Esta investigación se realizó en el sur de los Andes, específicamente, en el departamento del Cuzco, durante un año y ocho meses (enero 2003-julio 2004). El objeto de estudio fue indagar los procesos de discriminación y exclusión de los pobladores, que poseen alguna distinción étnica, en los puestos y/o centros de salud.

Para tal efecto, se utilizó como metodología las historias de vida, las entrevistas abiertas y la observación participante. Se eligió tres servicios de salud de acuerdo con su cercanía o lejanía a la ciudad del Cuzco. Dos de los servicios de salud se encuentran a 45 minutos y 1 hora y media en combi desde la ciudad del Cuzco, respectivamente; mientras que el tercero se localiza a 2 horas de viaje. Dos de ellos ofrecen 6 horas de atención diaria en tanto que el tercero, 12 horas. Asimismo, se trabajó con las comunidades que se encuentran a 30 o 45 minutos a pie del servicio de salud, con una población que fluctúa entre 90 y 250 jefes de familia. Es preciso tener en cuenta que los pobladores son quechuhablantes, y la mayoría de ellos, monolingües.

El trabajo de campo intensivo se inició en junio del 2003 y concluyó en julio del 2004. En este tiempo se observó los tres servicios de salud, en dos de ellos se participó en todo el proceso de atención y se compartió la rutina de trabajo; además de realizarse entrevistas sueltas con los proveedores. Es importante precisar que para el término “proveedor” se incluye a técnicos, enfermeras, obstetras e internas. Igualmente, se ejecutó con las poblaciones quechuhablantes entrevistas abiertas en

4 profundidad (más de 80) y se recopiló historias de vida (más de 30) sobre los infantes, así como los programas y la calidad de atención que ofrecían los centros de salud. En algunas ocasiones se acompañó a la usuaria para solicitar atención en el servicio.

Las entrevistas con los usuarios incluyeron a hombres y mujeres solteros, con familia; viudos y madres solteras. En un primer momento no se realizaron grabaciones, se efectuaron luego de obtener la autorización de los interesados. Salvo algunas excepciones, las entrevistas e historias de vida se encuentran en quechua; las que fueron transcritas y traducidas al castellano por la responsable de investigación. Además, se debe remarcar que el trabajo en las comunidades fue facilitado por las relaciones previas que se tuvo con estas. En dos de ellas se trabajó con anterioridad por un lapso de más de dos años.

Por todas las facilidades otorgadas y la participación que tuvieron las poblaciones runas y quechuahablantes, por la confianza que tuvieron los profesionales de la salud en este proyecto, se les agradece profundamente. Se espera que los resultados de esta investigación ayuden a la reflexión y al reconocimiento de que los *otros* diferentes también forman parte del Perú.

Del mismo modo, el estudio fue posible gracias al equipo que trabajó con dedicación. Un agradecimiento especial a Cecilia Granadino P., quién inició el proyecto y estuvo durante todo el proceso; a Virginia Chávez por su extraordinario manejo del quechua; a Sarah Quintanilla por su paciente trabajo e interés; a Julio Gallegos Kcuno; a Elena Pardo Castillo por dar la libertad suficiente para llevar adelante esta investigación; a Siembra Democracia, en particular, a Marisa Remy por sus sugerencias y apoyo durante todo el trabajo. Finalmente, un reconocimiento a Bruce Mannheim y Pedro Roel por sus comentarios sobre esta investigación.

INTRODUCCIÓN

Hablar de discriminación y exclusión en los servicios de salud que se ubican en las zonas rurales e, incluso, en la ciudad del departamento del Cuzco puede parecer una noticia exagerada y fuera de lugar. Sin embargo, el trabajo de campo realizado durante la investigación sugiere que

5 existen relaciones de dominación y subordinación entre el sistema de salud (representado por los profesionales de la salud) y los usuarios. A partir de estas relaciones de dominación y jerarquía existentes, se puede llegar a conclusiones acerca de cómo están concebidas y orientadas las políticas de salud pública.

Bourdieu y Passeron (1977:5-30, 203, 216) postularon la idea de que las prácticas cotidianas evidencian los mecanismos que reproducen la dominación y la subordinación entre diversos grupos humanos. Un ejemplo de esto ocurre en los servicios del Ministerio de Salud (MINSA), donde la imagen que se tiene de los usuarios está íntimamente relacionada con los maltratos y las políticas que padecen, y cómo estos abusos se hacen patentes en los programas que ofrece el MINSA (Planificación Familiar, vacunas, atención del parto, entrega de papilla, control del crecimiento y desarrollo) durante el proceso de atención.

Se puede afirmar que la dominación y la subordinación y, al mismo tiempo, la discriminación y la exclusión son el resultado de un estereotipo que pesa sobre el indígena quechuahablante; la de un ser salvaje e inculto que no tiene sentimientos ni capacidad de pensar ni decidir. Asimismo, la distinción étnica de los usuarios, tanto para el sistema de salud como para las políticas de salud efectuadas por el gobierno de Fujimori y Toledo, fue y es visto como un problema que es necesario resolver, ya sea por la vía de la desaparición sistemática de esta población —como parece ser el caso en el gobierno de Fujimori— o el de la continuidad de la limpieza étnica asolapada que actualmente parece persistir.

Por otro lado, los usuarios también contribuyen a su propia subordinación. Esto se debe a que visualizan a los profesionales de la salud como seres superiores por pertenecer al mundo del castellano. Es decir, sobrevaloran sus prácticas alimenticias, estilos de vestir, así como el espacio en el que trabajan: una oficina y no una chacra. Esta visión contribuye a que ellos en parte se sientan impotentes al momento de reclamar y obtener una buena atención en el servicio de salud y, en muchos casos, por no decir la mayoría de veces, se subordinan para evitar un posible conflicto.

Además, un sector de los profesionales de la Salud se ven a sí mismos como superiores en relación con los usuarios indígenas quechuahablantes. De esta manera, el sistema de salud y las políticas de salud legitiman y naturalizan su “superioridad” al concebir a los segun-

6 dos como “atrasados” y cercanos a la animalidad. Los atributos negativos con que se les identifica son la suciedad, la ignorancia, la mentira y la incapacidad de sentir. Tal identificación se refleja en las prácticas que someten a los usuarios, como las largas esperas, denigraciones, humillaciones, desprecios, gritos y descuentos en la entrega de alimentos o papilla. Los infantes tampoco se salvan, quienes se convierten en mudos testigos y miembros socializados en estos mecanismos de dominación. En suma, las prácticas cotidianas del servicio de salud son una evidencia de los procesos de dominación de los usuarios.

La reproducción de la dominación en los servicios del sistema de salud, al parecer, es posible, por un lado, a causa de la seguridad y la omnipotencia que sienten los profesionales de la salud sobre sus acciones; y por otro lado, porque esta actitud se relaciona con la imagen que tiene el gobierno y las políticas de Salud sobre los usuarios —como un problema o barrera para la salud— a quienes se les debe imponer los programas de salud sin mayores explicaciones.

En las siguientes páginas, se ampliará lo dicho anteriormente, por medio de la presentación de temas como la Planificación Familiar, la higienización, los programas de atención dirigidos a mujeres e infantes, y la visión que tienen los proveedores sobre los usuarios y sobre sí mismos.

Se abordará las políticas de salud del gobierno de Fujimori y Toledo, y cómo estas se concretizaron y concretizan en la población ubicada en las zonas rurales del departamento del Cuzco.

EL PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

1. La política de Planificación Familiar

Al revisar los documentos como los Programas de Población Nacional, los Lineamientos de Política de Salud y el Programa Nacional de Atención a la Salud Reproductiva de la Familia, entre otros; sobre los cuáles se sustentó las políticas de salud del gobierno de Fujimori, se observa que su prioridad máxima fue la Planificación Familiar, supuestamente, con

el fin de combatir la pobreza y el subdesarrollo, y con tal propósito declaró los años noventa como la década de la Planificación Familiar.¹

Tal prioridad se menciona en el Plan Nacional de Población 1991-1995,² en el que uno de los objetivos fue “reducir la fecundidad mejorando simultáneamente la salud materna”;³ y en el de 1998-2002 (DS N.º 011-98-PROMUDEH), en la sección Anexo, se argumenta que el crecimiento poblacional debería guardar estrecha relación con la cantidad de recursos disponibles y el cuidado del medio ambiente, de manera que el Estado debe promover políticas de población que permitan satisfacer las necesidades de las generaciones actuales y futuras.

Para el gobierno de Fujimori, la planificación significó controlar el índice de natalidad por medio de la aplicación de una diversa gama de métodos anticonceptivos, como los hormonales: píldoras, inyectables, norplant; los de barrera: tabletas vaginales, diafragma; los dispositivos intrauterinos: T de cobre y espiral; y finalmente, los definitivos: ligadura de trompas (AQV) y vasectomía.

Asimismo, como su objetivo era combatir la pobreza, las acciones de promoción de los métodos se concentraron en las zonas urbano-marginales y rurales, ya que eran y son sectores que se encuentran en situaciones de pobreza y extrema pobreza. Entonces para sacarlas de esa situación, la solución era simple: evitar que se reproduzcan.

La agresiva política del gobierno de Fujimori y los ejecutores de tal política, es decir, el MINSA y los profesionales de la salud no prestaron mucha atención a la calidad y la precisión de la información que debían de brindar a los potenciales usuarios. Tal como se pudo constatar en las charlas sobre los anticonceptivos que se ofrecen en los servicios de salud, se informa a las mujeres sobre las diferentes clases de anticonceptivos que existen, mas no se les da ningún tipo de explicación sobre los cuidados que deben tener al usar, por ejemplo, la T de cobre, método que requiere de un control trimestral para verificar su posición y un aseo vaginal diario para evitar un proceso infeccioso, o el efecto colateral

1. MINSA, Subproyecto, “Apoyo al Programa Nacional de Atención a la Salud Reproductiva en la UTES de Cuzco”, 1993.
2. Plan que se dio durante el marco legal de la Ley de Política Nacional de Población (N.º 24077 luego modificada y conocida con el N.º 26530).
3. www.crlp.org/pdf/peru. Consultado en abril 2003.

que provoca el uso de los inyectables como es la cefalea. O que la ligadura puede generar una infección generalizada si es que no se toma los cuidados del caso para la cicatrización del corte interno y externo.

Esta falta de información generó que los usuarios de las zonas rurales no tomaran las previsiones del caso y asumieran que los cambios que ocurrían en su salud fueran directamente responsabilidad de los proveedores. Esto provocó que tuvieran una desconfianza ante los métodos ofrecidos por los servicios de salud. Por supuesto que la ausencia de información no se debía a que los proveedores ignoraran los efectos colaterales o los cuidados que se debían tener al usar un método, sino que no se ofrecía mayor información debido a la percepción que pesa sobre las usuarias, quienes son visualizadas como “mujeres que no saben lo que hacen” y, por lo tanto, no merecen estar informadas. Además, en el gobierno de Fujimori no era la prioridad informar, sino alcanzar las metas estipuladas para cada año.

Así, desde los niveles más altos de la estructura direccional del MINSA hasta los niveles operativos, se trató de cumplir con las metas fijadas. Tal como lo expresó un proveedor al recordar las cifras que tenían que alcanzar en la ejecución de AQV (Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria) durante el gobierno de Fujimori:

[...] tenía miedo de perder mi trabajo, porque si no llegabas al número que te pedían te votaban [...] Nosotr[os]s viajábamos con la paciente [...] en el puesto no se operaba, sino en el centro de salud, llegabas con tu paciente a esperar. Más o menos dos horas [duraba la operación] [...] Operábamos hasta quince veces al día, quince operaciones [...] Solo hasta que se les pase la anestesia se quedaban [las pacientes] y a algunas le chocaba la anestesia, vomitaban. [...] Gastaba de mi plata, hasta el pasaje les pagaba para convencerlas. A veces ya la habías convencido se desanimaban. Una vez a una amiga le pasó que a su paciente la iban a ligar, [pero a último momento] le dice señorita creo que solo me voy a sacarme el quiste y ya no ligarme. Como ella ya estaba anotada, mi amiga le dijo: “Ya mamita solo te van a sacar el quiste”, pero la ligaron. [...] Creo que ni se dio cuenta.

A partir de este testimonio, se puede deducir que la política de Salud del gobierno de Fujimori fue coactiva y obligatoria para las poblaciones de los sectores pobres y rurales, al punto que se estableció incentivos de

50 soles para cada AQV que los profesionales de la salud consiguieran canalizar.

Los profundos niveles de coacción e intimidación para la “promoción” del uso de los anticonceptivos también se evidencian en el número que se pretendía alcanzar con respecto a la AQV 150,000 para el año 1997,⁴ de acuerdo con las metas exigidas por el Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar. Con esta cifra en mente, los servicios de atención descentralizados del MINSA se convirtieron en un centro militar de corte y ligamento de las trompas de Falopio. Es elocuente la respuesta que da el médico jefe del centro de salud de Anta⁵ a una entrevista que le hiciera la revista *Somos* (2003: 31) sobre la cruzada de la AQV: “Eran directivas del Ministerio, nosotros éramos soldados”.

Tal cifra que se pretendía alcanzar —sin importar las posibles consecuencias de salud, conyugales y familiares que tendrían que afrontar en el futuro las usuarias— se basó no solamente en el discurso de la reducción de la pobreza, sino también en los prejuicios existentes contra los pobladores de las zonas rurales. Es decir, ser percibidos como símbolos del atraso, por vivir de una manera diferente cuya característica más evidente es hablar una lengua que no es el castellano. En otras palabras, el objetivo de reducir el índice de natalidad se entrelazó con la visión hegemónica que concibe a estas poblaciones como atrasadas y salvajes. Tal como se puede captar de la opinión de un profesional de la salud sobre los usuarios quechuahablantes: “[...] estos salvajes [...] hasta ahora no se han civilizado. A pesar de que ellos ya viven cerca de la ciudad, pero ellos no se civilizan, siguen salvajes [...]”.

Para el gobierno de Fujimori estas poblaciones por su distinción étnica no fueron visualizadas como grupos sociales viables, como sujetos de ciudadanía. Es lo que se percibe luego de la lectura del último número de la revista *OIGA* (1993: 26), del 12 de julio, que se dedica a revelar la alianza entre Fujimori y las Fuerzas Armadas para dar el golpe del 5 de abril de 1992, y la manera cómo ese gobierno siguió, aparentemente, paso a paso el Plan Verde elaborado cuidadosamente por el Comando Conjunto del Gobierno de Alan García en 1989. En otras palabras, Fujimori, al parecer, ejecutó sin ningún escrúpulo la propuesta militar de la

4. Aunque solo consiguieron alcanzar la cifra de 109,689.00.

5. Provincia que pertenece al departamento del Cuzco.

10 época de García. Luego de esta edición, el gobierno de Fujimori clausuró la imprenta en la que se imprimía la revista y después de estos eventos ninguna otra quiso aceptar la impresión, como consecuencia *OIGA* dejó de ser editada.

En el Plan Verde, de acuerdo con los detalles ofrecidos por la revista, en el capítulo “Problemas estratégicos en la consecución de los objetivos a largo plazo”, se contempla como un problema de corto plazo el crecimiento poblacional, en donde se pone de manifiesto que:

[...] las tendencias demográficas han alcanzado proporciones de epidemia. [...] De nada servirá derrocar a la subversión si seguimos incrementando en 500 mil personas anuales la demanda de alimentos, educación, servicios, empleos, vivienda, agua, energía. [...] Ha quedado demostrado la necesidad de frenar lo más pronto posible el crecimiento demográfico y urge, adicionalmente, un tratamiento para los excedentes existentes: *Utilización generalizada de esterilización en los grupos culturalmente atrasados y económicamente pauperizados*. Sin estas cargas innecesarias, se facilitará el acceso de grupos familiares débiles a ciertos niveles de bienestar. [...] *Los métodos compulsivos* deben tener solo carácter experimental, pero *deben ser norma en todos los centros de salud la ligadura de trompas* [...] *Hay que discriminar el excedente poblacional* [...]. (El resaltado es nuestro).

No hay duda de que la imagen de atraso que se tiene sobre las poblaciones con alguna distinción étnica era compartida por lo menos por un sector de los profesionales de la salud, así como un sector de los militares y el gobierno de Fujimori. Así, Fujimori al carecer de planes de gobierno, parece que basó sus políticas de salud en el plan diseñado por los militares de la época del gobierno de García. Además, por un lado, los objetivos del Plan Nacional de Población (1991-1995) apuntaban a la reducción de la fecundidad con el discurso de “mejorar” la salud materna. Y, por otro lado, el Plan Nacional de Acción Mujer y Desarrollo 1998-2002 reitera la necesidad de “[...] aumentar [el uso] de métodos anticonceptivos efectivos y seguros mediante la expansión de la cobertura hacia zonas [...] rurales y parejas en extrema pobreza”.

Asimismo, la especial atención que el gobierno de Fujimori prestó a la IV Conferencia Mundial de la Mujer en Beijing fue estratégica, porque al enarbolar como parte de su política todos los temas concernientes

a la salud reproductiva delineados en aquella conferencia, buscó tener un respaldo internacional para las acciones coercitivas que dirigía hacia las poblaciones de las zonas rurales. De esta manera, el gobierno de Fujimori aseguró el financiamiento de los organismos internacionales, como es la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (USAID) y el Fondo de las Naciones Unidas para Actividades de Población (UNFPA), con la promesa de reducir la pobreza por medio de la reducción del crecimiento demográfico, en especial, de las zonas rurales.⁶

Con este financiamiento, el gobierno de Fujimori aplicó una política de salud centrada en la Planificación Familiar sin ningún tipo de oposición. Para cuyo objetivo el uso de mecanismos intimidatorios y coactivos para someter a las poblaciones rurales y, en particular, quechuahablantes, a la AQV masiva y al resto de anticonceptivos fue lícito.

Uno de los aspectos que se aprecia de las políticas de salud, de las versiones de los profesionales de la salud y usuarios, de las observaciones etnográficas, es que el Estado liderado por Fujimori es visualizado como un ente que obliga coercitivamente a cumplir ciertas metas y cifras por medio de los programas, insumos y técnicas que provee. Asimismo, los usuarios son visualizados como objetos, a quienes se debían aplicárseles métodos anticonceptivos sin previa consulta y/o consentimiento, precisamente, porque se los ubica —dentro de un tiempo lineal de progreso— en el atraso, en la no-humanidad. En suma, su distinción étnica fue utilizada para ubicarlos en la incivilización y para considerarlos inferiores.

Finalmente, las políticas de salud, el espacio institucional en el que se concretizan estas, los servicios de salud y las ideas compartidas de un sector de los profesionales de la salud sobre la inferioridad de los usuarios sirven, por un lado, para reproducir las jerarquías sociales existentes en el Perú y; por otro lado, para reproducir la dominación y acciones discriminatorias sobre los usuarios.

6. Para mayores datos ver en; www.notivida.ar/articulos. Consultado en mayo 2003.

12 2. La prioridad de la Planificación Familiar en el gobierno de Toledo

Como se ha visto, en el gobierno de Fujimori hubo un control del crecimiento demográfico mediante la reducción del número de nacimientos de la población “innecesaria” de las zonas rurales. En cambio, en el gobierno de Toledo el control de natalidad no es una política de Estado. Su interés no se centra en la Planificación Familiar o en la Salud Reproductiva, motivo por el que la presión sobre los proveedores para alcanzar metas desapareció.

Es lo que se deduce de la lectura de los “Lineamientos de Política Sectorial para el Periodo 2002-2012 y Principios Fundamentales para el Plan Estratégico Sectorial del Quinquenio Agosto 2001 Julio 2006”,⁷ el documento solamente se centra en los procesos de atención del embarazo, parto y puerperio; sin hacer ninguna alusión implícita o explícita a los métodos anticonceptivos.

Cualquier referencia al Programa de Planificación Familiar desapareció. Al parecer, pesó mucho la orientación ideológica de Luis Solari —fue uno de los que denunció la carnicería de las AQV— y Fernando Carbone, quienes en los primeros años del gobierno de Toledo se encargaron de la cartera de salud, ambos de una posición conservadora con respecto a la planificación.

La explicación en relación con la ausencia de este tema se encuentra en la página 10 de los Lineamientos. Esta sustenta que la población está en un proceso de envejecimiento y que para el 2015 el número de personas que ingresarían a la Población Económicamente Activa (PEA) se reduciría, ya que los menores de 15 años para el 2005 solo representarían el 30,8%, mientras que los mayores de 64 años crecerían a 5,3%.

Esta disminución de la PEA y las migraciones constituyen algunas de las preocupaciones de los Lineamientos, al punto de afirmar que la segunda contribuiría a una alarmante caída progresiva de la generación del Producto Bruto Interno (PBI) en las zonas rurales del país, así como al empeoramiento de la pobreza rural.⁸ No obstante, la PEA, la mi-

7. De ahora en adelante, se mencionará al texto solo como Lineamientos.

8. www.puertovida.com/solari. Consultado en mayo 2003.

gración y la generación de PBI son argumentos para disfrazar el hecho de que para Solari el control de natalidad, la educación sexual⁹ y el género—ideología para él— promueven el desarrollo del egoísmo al interior del matrimonio y la familia y, por tanto, promueven la sustitución de la solidaridad por el utilitarismo.

Asimismo, en dicho documento se considera las distinciones étnico-culturales como barreras para el acceso a la salud (MINSAs 2003: 10). En este punto coinciden con el gobierno de Fujimori, para este lo étnico se convirtió en una carga inservible, mientras que para el actual se constituye en un obstáculo. En ambos la distinción étnica es un problema del que necesitan deshacerse, ya sea por la vía del control de natalidad; o tal vez, reduciéndolos a las zonas rurales con el fin de evitar las migraciones. Lo evidente es que se asiste a una versión suavizada de la Planificación Familiar en la que un sector de los profesionales de la salud continúa con su labor de aplicar los anticonceptivos, pero ya no con el apremio de cubrir cuotas mensuales como en la época de Fujimori.

Es así que más allá de los Lineamientos, en el servicio de salud no se ha cambiado mucho la práctica de conminar a los usuarios para el uso de los anticonceptivos, puesto que se sigue usando un tono fuerte e imperativo sin dar tiempo a los involucrados a expresar su opinión. La respuesta que siempre se espera escuchar es un sí. Para el servicio de salud, la Planificación Familiar continúa siendo una de sus prioridades, el imaginario de indio salvaje contribuye a esta prioridad, y también la idea de que con tal accionar se está “civilizando” a un sector sumido en el “atraso”.

Particularmente, en materia de Planificación Familiar, los dos gobiernos pretendieron proveer de insumos, así como de técnicas para el control de natalidad a los usuarios, en particular, a las poblaciones quechuhablantes y pobres involucradas, sin dar ningún libre albedrío a la decisión que puedan tomar estas; y llegar a comprometer su vida privada y de pareja. El problema es que tanto el gobierno de Fujimori como el de Toledo parten de la premisa de que son culturalmente atrasados (caso Fujimori) o son una barrera para acceder a la salud (caso Toledo).

9. www.inei.org.pe. Consultado en julio 2003.

Finalmente, en ambos gobiernos, las políticas de salud están en el marco de un discurso y práctica de un Estado proveedor. Por ello, es que los programas de salud de ambos gobiernos, independientemente de las prioridades que tengan, son planteados y desarrollados de manera unilateral, sin prestar atención a los puntos de vista y decisiones de los usuarios en general y, mucho menos, de las poblaciones con alguna distinción étnica.

EL MALTRATO EN LOS SERVICIOS DE SALUD

Un aspecto que llama la atención en los servicios de salud es el discurso que se maneja sobre la supuesta “suciedad” de los usuarios como fuente de las enfermedades que padecen. Este discurso sirve para subvalorarlos y maltratarlos por medio de los programas que estos centros ofrecen. Como se ha dicho líneas arriba, las políticas de salud, en especial, del gobierno de Fujimori, el sistema de salud y un sector de los profesionales de la salud visualizan a los usuarios como símbolos de atraso, pre-modernos, seres incivilizados y, por tanto, no suficientemente humanos. Esta visualización contribuye a la reproducción de relaciones de dominación y el mantenimiento de jerarquías sociales ya establecidas.

1. La necesidad de higienizar a los usuarios

Para el servicio de salud, la suciedad, el hedor y los parásitos son características propias de los usuarios. Es común ver lavar los lapiceros que usan los usuarios para firmar en los formatos de entrega de los alimentos o de la papilla, rociar aerosol en la sala de espera sobre las cabezas de las mujeres, escuchar calificaciones que se refieren al estado de los vestidos, la ropa de cama o las prendas humedecidas con leche materna. Este discurso sobre la suciedad se repite en el proceso de atención, en las visitas domiciliarias y en las conversaciones cotidianas. Es usual escuchar frases como: “Ay, esta gente como vivirá, desde nacidos ya son cochinos” o “¡[q]ué olor, cómo apesta!”.

De este modo, las pequeñas acciones reforzadas por los discursos de suciedad sirven para reproducir y legitimar la imagen de la suciedad “innata” de los usuarios. Asimismo, la imagen que posee un sector de

los profesionales de la salud se sustenta en la fuerte formación biomédica del sector, ya que uno de los temas recurrentes y centrales en las currículas de formación es que la enfermedad se relaciona con agentes patógenos como microbios, gérmenes, virus o bacterias, tóxicos, agresiones al cuerpo o presiones psicológicas.

De manera que la imagen de suciedad y el enfoque biomédico se constituyen en el soporte para las exigencias de limpieza del servicio de salud, tal higiene sería posible, en opinión del servicio, si los usuarios se peinaran y cambiaran de ropa a diario; usaran ropa interior, no olieran a humo, no vistieran piezas descoloridas, no utilizaran bayeta y no tuvieran ningún rastro de tierra.

Más allá de la limpieza, al parecer, el servicio de salud pretende limpiar étnicamente a los usuarios, ya que parte de las acciones y los atributos de limpieza que se exigen están relacionados con los hábitos y el modo de vida que hay en la ciudad —usar ropa interior, no oler a humo, dejar de usar bayeta o no ser portador de tierra—, cambios que no evitarán necesariamente el desarrollo de agentes patógenos o de procesos infecciosos. Además, es factible pensar que los problemas de salud están no solo relacionados con las condiciones ambientales y sanitarias, sino también con las condiciones socioeconómicas en que se encuentran sumidas las zonas rurales.

Por otro lado, la suciedad, que se atribuye a los usuarios, está íntimamente relacionada con la imagen de atraso que se tiene de ellos. Por esta razón, se les exige que adopten o sigan ciertos modelos arquetípicos de la ciudad. Así, las definiciones de atraso y suciedad se relacionan para aludir a la distinción étnica como un problema que debe ser “superado”. Además, estas definiciones sirven para estigmatizar a los usuarios y ubicarlos fuera de la categoría de la “verdadera” humanidad: “La gente es bien sucia acá, porque son como los animales. Viven igual que sus animales, duermen con ellos”.

Quitar el atributo de humanidad a los usuarios y animalizarlos no solo permite darles un trato de inferioridad, sino también ocasiona que se los denigre y maltrate. Además, los que con mayor frecuencia son objeto de estigmatización son las mujeres, por ser estas las que durante el embarazo y los primeros tres años de vida del infante acuden al servicio de salud, ya sea por la dosis de vacuna, recepción de alimentos o papilla y/o enfermedad de su pequeño hijo.

Más aún, esta estigmatización se profundiza y se refuerza con la práctica social de *picchar* coca. Por esta práctica los usuarios son vistos con asco, maltratados y humillados durante el proceso de atención.

Una tarde llegó una madre *con su bolita de coca en la boca* para hacer atender a su infante con fiebre. [...] y se acercó a uno de los proveedores que atendía a otra paciente y, antes de que hablara le gritó: “¡Te esperas!” Y, cuando terminó de atender, nuevamente, se le acercó; pero obtuvo como respuesta otro grito: “¡Te he llamado!” Esta vez, la usuaria se sentó resignada; luego de que transcurrió un tiempo volvió a acercarse para ser atendida. El proveedor pidió el número de historia y aquella alcanzó una tarjeta pequeña con dos números. Las historias se identifican con tres números y faltaba un número, el servidor gritó: “¡Tu tarjeta!” Y, al mismo tiempo, tiró al piso la tarjeta. Y, agregó: “¡Su seguro! ¡Qué edad tiene!” La usuaria no tuvo más remedio que agacharse para recogerla en total silencio y nerviosamente giró a preguntar a su otro hijo y respondió: *Qanchis*.¹⁰ Aquel para terminar, dijo: “Estas tienen tantos hijos que no saben su edad, para qué tiene tanto hijo”. (El resaltado es nuestro).

Como se puede apreciar, las relaciones entre un sector de los profesionales de la salud y usuario están inscritas en un contexto de dominación. En el que las definiciones de atraso y suciedad y ciertas prácticas sociales como el *picchado* de hojas de coca autorizan, legitiman y naturalizan la reproducción de la dominación del primero sobre el segundo en el sistema de salud.

Por otro lado, los usuarios se subordinan porque no tienen otra alternativa. Uno de los motivos por cual se someten es por su insuficiente o nulo conocimiento del castellano, la lengua de comunicación hegemónica en el Perú. Para ellos conocer este idioma, hablarlo, leerlo y escribirlo significa conseguir respeto, poseer el derecho a ser atendido de buena manera. Y su lengua, el quechua, está ubicada en una categoría inferior al castellano, porque se torna inservible para obtener un buen trato en los servicios de salud.

Este desconocimiento del castellano, y al parecer, su dependencia de los alimentos proporcionados por el servicio y no tener poder económico son factores por las que los usuarios se subordinan. Además,

10. Siete.

como se ha puesto en evidencia, los usuarios perciben a los profesionales de la salud como seres superiores por hablar el castellano, tener una profesión, no vestir bayeta y trabajar en un espacio que no implica tener contacto con la tierra, es decir, no labrar la chacra.

El contexto de dominación, en el que se encuentran atrapados los usuarios, se puede apreciar en las prácticas cotidianas de la que son objeto como las largas horas de espera, no recibir atención o medicamentos, tener descuentos en el reparto de la dotación de alimentos y papilla, recibir castigos por la ausencia del control completo en la cartilla del embarazo o en la del crecimiento y desarrollo del infante. Si en el servicio de salud se detecta que alguno de los usuarios no cumplió con asistir a las citas estipuladas, es común escuchar comentarios sarcásticos como: “¿Por qué no te olvidas de comer?”. Frase ante la cual los aludidos muestran una cara de disconformidad, bajan la mirada y se callan.

2. Tener o no tener hijos: ¿Una cuestión personal?

La legitimidad del servicio de salud para ejercer coacción sobre los usuarios en nombre de la limpieza y la “humanización”, también involucra el tema del número de hijos que tienen los usuarios, que se convierte en un problema que el servicio debe resolver, ya que al hacerlo estaría evitando mayor pobreza y proveyendo bienestar: “Hay que evitar que esta gente siga teniendo hijos, siga reproduciéndose”.

Por un lado, para el servicio de salud controlar el número de hijos continúa siendo una de sus misiones y, por otro lado, la manera como se aborda el tema muestra que se visualiza a los usuarios no como sujetos con capacidad de decisión sobre cuándo y cómo tener hijos. La misión del servicio de salud parte de una posición jerárquica en la que sus disposiciones deben ser cumplidas en nombre de la salud del infante y de la madre. Y, tampoco el servicio se visualiza como facilitador, cuyo trabajo podría estar más enfocado en el ámbito de la asesoría, de la consultoría y de apoyo, donde el usuario pueda tomar libremente sus decisiones.

Asimismo, se identifica a las mujeres como las principales responsables del exceso de nacimientos, ya que hacia ellas está dirigida la mayoría de charlas. El varón no es requerido en el servicio para estas jornadas. No existe una separación entre el ejercicio de la sexualidad y la

capacidad reproductiva. Aún las mujeres son visualizadas como las grandes responsables de traer hijos al mundo, sin tocar a fondo la responsabilidad del varón sobre su comportamiento sexual, su fecundidad y el bienestar de su pareja y el de los hijos que este procrea. Ante este hecho surgen preguntas como: ¿Cuándo es que las mujeres deciden sobre cuándo y cómo deben tener relaciones sexuales? ¿Cuántas mujeres sienten que pueden decidir sobre su cuerpo?

Los usuarios, contrariamente a las suposiciones del servicio de salud, expresan que no desean tener muchos niños; argumentan que no pueden obtener suficientes ingresos con lo que producen o los bienes que poseen, al punto que no podrían dar una buena alimentación y educación a sus hijos. Motivo por el que incluso algunos habrían decidido usar los métodos gratuitos ofertados por el MINSA, sobre todo los inyectables tal como se puede deducir de la visita de una pareja al servicio de salud.

Un día se acercó una usuaria con su esposo y este dijo: “[...] estoy viniendo a preguntar sobre Planificación Familiar. Tengo cuatro hijos y nosotros hemos conversado entre los dos, marido y mujer para ya no tener más hijos y [...] hemos decidido cuidarnos con algún método; por eso hemos venido a preguntar, según a eso para ir al Cuzco.

El proveedor dijo: “Yo te recomendaría que te hagas poner inyección o pastillas [...]”. La usuaria respondió: “No [...] yo no quiero ni pastillas ni inyección, ya me hice poner esas dos cosas y me provocó insoportables dolores de cabeza y también me hacía arder mi estómago; es por eso que ya no quiero esos remedios. Quiero la T de cobre, pensando que tal vez ese [método] sí sería bueno. Es por eso que ahora vine a preguntar”.¹¹

En suma, los proveedores focalizan la provisión de los métodos anticonceptivos en las mujeres, mas no en los varones; no los involucran incluso cuando ellos se asoman con su pareja al servicio. El programa de Planificación Familiar está dirigido de manera unilateral a la mujer.

11. “*Manan pastillastapas, inikshuntapas munaymanchu, ñan chaykunata churachikuraniña hinaspaymi manachaninta umayta nanachiwaq, kaq wiksayta yawrachiwag, chaymi mana munanichu chay hampikunataqa. Nuqaqa munani*

3. El seguro: ¿un beneficio?

En la época del gobierno de Fujimori se implementó un seguro de atención gratuita para las poblaciones con escasos recursos. El primero fue el Seguro Materno Infantil, que cubría los gastos de parto y puerperio y la atención del infante hasta los 3 años. El segundo era el Seguro Escolar que cubría a todos los estudiantes de centros educativos públicos iniciales, primarios y secundarios, hasta los 17 años de edad. Entre el gobierno de transición y el gobierno de Toledo se instaló el Seguro Integral de Salud gratuito (SIS) que sustituyó a todos los seguros creados por el anterior gobierno. Este seguro supuestamente cubre los servicios de atención de la madre gestante, parto, puerperio y del infante desde el momento de nacer hasta los 17 años.

Para alcanzar este seguro los usuarios, primero, deben afiliarse, previo pago de los derechos de inscripción, que en algunos servicios fluctúa entre un sol y dos soles, mientras que en otros la atención es gratuita. Segundo, demostrar mediante una ficha socio-económica que se encuentran en una situación precaria y no cuentan con suficientes ingresos. Los afiliados deben esperar el retorno de la ficha al servicio de salud con una evaluación positiva para acceder al seguro, en caso contrario, se les negará el acceso.

De esta manera, la población infantil y adolescente podría gozar de la atención de su salud en el servicio correspondiente a su ubicación geográfica. Sin embargo, ocurre que el SIS no facilita necesariamente la atención de la población a quien está dirigida.

4. El precio de la gratuidad

Otro de los mecanismos para reproducir la dominación, la discriminación y la exclusión es el Seguro Integral de Salud (SIS), ya que este programa se utiliza para maltratar y atender sin cuidado. Es habitual observar usuarios que solicitan atención para sus pequeños a tempranas horas de la mañana, pero si el profesional de la salud a su criterio determina

chay Tkubritan, icha chayqa allinchi kanman nispa, chaymi khunanpas tapukuqniyki hamurani”.

20 que no es de gravedad, la atención lo dará luego de concluir sus otras actividades.

Es frecuente que en los servicios observados, estos no dispongan de formatos del SIS, y a causa de esto no se brinde la atención que se solicita por este medio y, en consecuencia, se cita a los usuarios para otro día. Solo los que tienen dinero compran paracetamol, ibuprofeno o amoxicilina, de acuerdo con el malestar que afecte a su infante. Los demás suelen retirarse desconcertados. Ocurre que el servicio de salud no recoge los medicamentos de la Red de Salud a su debido tiempo.

Los medicamentos, usualmente, son recetados de acuerdo con la edad del infante, no interesa si el servicio cuenta o no con un médico para expedir la receta. En ocasiones se decide aplicar un inyectable a los infantes, con el objetivo de que sanen “más rápidamente.” A los niños que pesan menos de diez kilos se les da paracetamol en gotas, entre 10 y 21. A los más grandes se les proporciona una botella de paracetamol y dos botellas de amoxicilina en polvo.

En el servicio de salud es natural y legítimo someter a los usuarios a una larga espera y, en muchos casos, dejar de atenderlos por no contar con el respectivo formato, sin ofrecer ninguna explicación sobre el motivo del retraso en la atención. Es más, en opinión de un sector de los profesionales de la salud, el SIS junto con los demás programas deberían de desaparecer, ya que significa más trabajo sin los respectivos incentivos monetarios. Además, consideran que los usuarios no saben valorarlos ni se encuentran agradecidos con todos los beneficios que reciben del programa y, por no seguir los requerimientos del servicio, como por ejemplo no hacer enfermar a los infantes.

Aparentemente esta percepción contribuye a que la información sobre la manera de usar el SIS sea imprecisa y confusa, como por ejemplo, el número de veces que un afiliado puede usarlo en un mes; ya que si un usuario acude al servicio de salud por segunda vez en el mismo mes para la atención de su niño enfermo, este no tiene derecho a recibir las medicinas por intermedio del seguro. Se pudo apreciar que, cuando las madres acuden con sus infantes al servicio, se les indica a gritos que si ya recibieron atención durante el mes, no pueden volver a recibir medicamentos, sin ofrecer ninguna explicación sobre tal regla. Al indagar sobre tal medida no se obtuvo nada claro salvo, el señalamiento de que son órdenes superiores.

En suma, lo que es evidente es que el SIS una vez más sirve para maltratar y humillar y decidir por los usuarios, incluso la forma de gasto o uso de su dinero.

21

5. ¿Nuestra prioridad la infancia?

El MINSA tiene un conjunto de programas dirigidos especialmente a los infantes. Entre estos se encuentran: el programa de vacunas, cuyo objetivo es inmunizar a los infantes por medio de la aplicación de vacunas como la BCG, la DTP, la Pentavalente, la Anti amarílica y la Antipolio. El programa de Crecimiento y Control del Desarrollo del niño (CRED) cuyo objetivo, al parecer, es asistir a la madre a que el niño alcance los promedios estándares de peso y talla de acuerdo con su edad. El Programa de Complementación Alimentaria, para Grupos en Mayor Riesgo (PACFO), brinda a los infantes (entre los 6 y 36 meses) mensualmente tres bolsas de papilla de 900 gramos cada una, para complementar la alimentación que reciben en sus hogares. Esta papilla es un concentrado de harinas con vitaminas y minerales que el infante necesita para su desarrollo. Finalmente, la organización no gubernamental (ONG) PRISMA, en convenio con el MINSA, brinda una dotación de alimentos para las grávidas a partir del tercer mes de embarazo hasta que el infante cumpla 6 meses después de su nacimiento.

Sin embargo, estos programas están altamente impregnados por las decisiones que se toman en el servicio de salud sobre cuándo, cómo, a quién y en qué circunstancias se deben repartir los alimentos y brindar la atención. De manera que tales programas necesariamente no benefician o mejoran la atención de los usuarios, como se podrá ver a continuación.

5.1 La disponibilidad de los alimentos y la papilla

Así, como el SIS, el programa de alimentos y de la papilla también es utilizado para reproducir prácticas discriminatorias, en la que el proveedor dispone de los recursos a su libre albedrío. El programa del CRED y el control de las gestantes son impuestos como requisitos previos para la repartición de alimentos. Si existiera alguna falta en los controles del embarazo de la madre o del infante, no se procede a la entrega o se reparte menos ración. Es usual escuchar decir: “Si es que quieres [...] los

alimentos tienes que venir [...] sino nosotros no vamos a ser culpables si es que el bebé muere en tu vientre [...] tienes que venir a tus controles sin faltar”.

Asimismo, aparte de los descuentos que cada usuario podría recibir en su ración, los criterios para determinar la cantidad que se entrega mensualmente son arbitrarios. Ya que la cantidad de raciones que se reparte en cada servicio de salud difiere. En uno de los servicios, generalmente, reparten dos jarras de soya y maíz en polvo, dos de arvejas enteras y una botella de aceite; en el otro servicio entregan cuatro jarras de soya, una jarra de alverjas, dos litros de aceite; y en otro entregan por kilos. Por la recepción de estos alimentos, los usuarios firman planillas.

En el caso de la papilla, independientemente de si el usuario cumplió o no con los prerequisites establecidos, se puede decidir entregar una cantidad menor a la establecida, tal como ocurrió en setiembre del 2003, mes en que el PACFO no entregó a tiempo la dotación de papilla y se suplió con la entrega de leche evaporada en lata de una marca conocida. Se debía repartir 22 latas por cada niño, sin embargo, se repartieron 21 con la indicación de que el sobrante sería para repartir a los promotores de la salud, reparto que nunca ocurrió. No obstante, los usuarios firmaron en la planilla del PACFO por 22 latas recibidas. Y, en ningún momento se dio explicación alguna sobre cómo se podía preparar la leche para dar de tomar al infante.

Así existiera la dotación puntual de la papilla en cada servicio de salud, su entrega depende exclusivamente de las fechas establecidas por el servicio de salud y los criterios para decidir a qué usuario se le debe dar o no, criterios que son arbitrarios. Es usual ver a los usuarios, sobre todo a las mujeres, asomarse para solicitar su correspondiente ración o decidir intercambiarlo con los productos que cultivan. Por ejemplo, una usuaria se asomó para hacer vacunar a su bebé y susurró al proveedor: “[...] la vez pasada te traje huevo y a cambio de eso tenías que darme papilla”.¹²

Es evidente que para el servicio de salud entregar la papilla en su debido tiempo para la alimentación de los infantes no es su prioridad.

12. “[...] qhayninpa runtuchata apamurayki chaymanta papillata quwanayki karan [...]”.

Por el contrario, se ha convertido en un mecanismo para ejercer desprecio y autoritarismo, utilizado para denotar que el servicio de salud y el personal que labora en el MINSA tienen “derecho” a disponer libremente de cualquier dotación de alimentos. Por ejemplo, es común que la papilla se obsequie a algunos empleados administrativos que se llegan al servicio para realizar algún trámite o con un equipo liderado, usualmente, por un médico procedente de la Red Central de Salud para realizar atenciones médicas de toda índole.

5.2. La atención de los infantes

Si los programas de dotación de alimentos son utilizados para ejercer maltrato, desprecio y autoritarismo, ¿qué sucede con los programas de atención directa de los infantes como el de Control, Crecimiento y Desarrollo (CRED)?

Es usual que el servicio de salud cite a los usuarios para una fecha específica con el fin de que lleven a sus pequeños hijos para el respectivo control del CRED, la aplicación de un conjunto de vacunas o; en algunos casos, para completar la dosis requerida contra enfermedades respiratorias (bronquitis o resfrío).

En el control del CRED, para medir la estatura, se pide colocar al infante en posición horizontal y a la madre que presione un poco la cabeza, mientras el proveedor estira las pequeñas piernas del niño. En la misma posición se les pesa y, para ello, generalmente se los desnuda. Esto asusta a los pequeños, sus rostros expresan miedo y suelen terminar llorando. Ante lo cual los proveedores, generalmente, muestran fastidio y mal humor.

A un grupo de profesionales de la salud parece que les resulta trabajoso atender el CRED, ya que en su opinión los niños “huelan feo”, a orina y heces. Lo que podría ocurrir es que al momento de tomar la talla, el peso o aplicar la vacuna, los infantes orinen o defequen. Asimismo, en una oportunidad, un solo profesional de la salud se hallaba en el servicio y tenía que medir, pesar y vacunar, al final, solamente realizó el CRED de tres niños y al resto los citó para un día sábado; como no se podía posponer la vacunación lo tuvo que ejecutar. Y, si alguna usuaria pregunta por el control, recibe una respuesta sin explicaciones.

En el día de controles y vacunas es habitual escuchar gritos como: “¡Tu tarjeta!”, y si alguno de los pequeños se resiste al proceso de ser tallado y pesado y comienza a llorar a gritos; tal actitud es evaluada negativamente, el profesional de la salud suele increpar a la madre y, a veces, dar una palmada en el trasero del infante. En algunos de los servicios, se pudo apreciar que los niños son atendidos descuidadamente y sin importar sus lloros y miedos; su condición de infantes no los salva de la discriminación y de ser excluidos de un buen trato en la atención.

Si los niños se presentan al servicio por sufrir algún malestar, su revisión sigue una rutina fija. Se averigua si comieron y, seguidamente, se toma su temperatura, se examina su garganta con una paleta, se observa sus ojos y con el estetoscopio se revisa sus pulmones. Y de acuerdo con el diagnóstico, se les receta amoxicilina y se da recomendaciones, como si fuera un catecismo ya repetido innumerables veces, a las madres.

En estas atenciones se observó que en algunos de los servicios se atiende con asco o se atiende con violencia. Incluso existe la libertad para negar algunas pastillas como las de paracetamol. Por ejemplo, un padre se presentó con su hijo con una quemadura en la pierna. Las ampollas fueron reventadas sin cuidado y toscamente, se cubrió la herida con gasas; al final se entregó dos clases de pastillas, con horarios diferentes, con una explicación que fue dada a gritos: “¡Estás entendiendo!”.

Es indudable que en los servicios observados, en muchas ocasiones se atiende a los infantes con desgano, descuido, asco y muchas veces con torpeza, tratándolos como si fueran objetos sin capacidad de sentir. Asimismo, son sometidos a largas esperas antes de ser atendidos. Por lo general, se suele pedir a los padres que esperen, ya sea por la atención de un parto, la conclusión de un informe mensual, ingestión de alimentos, la realización de una reunión de informes o, la preparación de alimentos.

Al parecer, poco importa la gravedad o el estado de salud del paciente, por ejemplo tal como se observó con una usuaria de la T de cobre que solicitó atención por sus dolores de cabeza, o con un padre que acudió con su hijo con neumonía. El niño tenía los ojos medio cerrados, las pupilas con una capa blanca y los labios totalmente resecos. No obstante, en el servicio se le dijo: “[...] A tu hijito no le va pasar nada, si toda la noche estuvo así [...] espera ya [...] después te atiendo”.

Si los usuarios se apersonan al control del CRED, ya sea para la vacuna, la entrega de alimentos o papilla, deben de portar la cartilla de su niño y tener en mente el número de su historia que consta de tres dígitos. En caso de que el usuario se olvide puede ser objeto de abuso en el proceso de atención. Por eso es común escuchar gritos de disconformidad y desaprobación cuando el usuario no porta el documento o se olvida del número. Puede ocurrir que en otras ocasiones uno que otro profesional de la salud trate de resolver los olvidos buscando directamente en los archivos de acuerdo con el apellido de cada usuario. Sin embargo, tal búsqueda no es considerada como parte del trabajo y tiene un costo que las usuarias en algún momento deberán honrar.

En estas circunstancias, los usuarios, sobre todo las mujeres, se sienten desesperadas por no poder hacer nada. Estar pendientes de una tarjeta de control del infante con símbolos que no pueden leer y recordar un número en castellano es un asunto complicado, por un lado, por ser objetos pertenecientes a un mundo letrado; y por otro, por tener que recordar dígitos en una lengua que no hablan. En otras palabras, las reglas y las normas que rigen los servicios de salud están impuestas por el mundo castellano, un ámbito sociocultural distinto al de ellas. A pesar de este abismo cultural, el Estado peruano es todavía incapaz de imaginarse un mundo donde el referente no sea ese mundo castellano y letrado.

Asimismo, no recordar la fecha de nacimiento del infante da lugar a comentarios sarcásticos como: “¡[...] tampoco recuerdan cuando hicieron su hijo!”, en la que una vez más se denota una ausencia de respeto y, sobre todo, una visión animalizada sobre el usuario. Asimismo, si la usuaria no tiene el dinero para comprar los medicamentos para su niño por no tener aún el seguro y decide marcharse sin comprarlos, el servicio de salud no duda en amenazar y conminar a la firma un documento en el que se responsabiliza de la posible muerte del infante a la madre.

A pesar de existir un buen número de programas del MINSA, cuyo objetivo aparente es la atención y la protección de la salud de los infantes, ¿por qué el servicio de salud no se ofrece una buena calidad de atención? Una primera respuesta a manera de hipótesis es que la característica de suciedad relacionada con la imagen de animalidad que pesa sobre los usuarios y sus hijos permite la denigración de la que son objeto.

26 LA ATENCIÓN EN EL HOSPITAL ES IGUAL AL DE LOS SERVICIOS DE SALUD?

Como se ha afirmado desde un inicio, el trato de inferioridad y la exclusión de que son objeto los usuarios no ocurre solamente en los servicios de Salud de las provincias, sino también en los hospitales de la ciudad del Cuzco. Servicios a los que acuden los quechuahablantes en casos de emergencia o por motivos de transferencia médica.

En opinión de los usuarios, los maltratos no solo ocurren en los servicios de Salud, sino también en los centros hospitalarios. Espacios en los que son ignorados, se vuelven objeto de insultos y, al parecer, conejillos de indias para pruebas experimentales. Los médicos internos los atienden y, en muchas ocasiones, parecer que los operan sin que haya necesidad de hacerlo, solamente con el objetivo de practicar. Asimismo, los usuarios quechuahablantes no reciben atención inmediata, mientras que otros pacientes, identificados como los iguales de los doctores, generalmente, son atendidos con rapidez. Estos hechos ocurren, al parecer, sin que nadie reclame, además de no existir ninguna instancia que escuche los reclamos y tome cartas en el asunto.

Los usuarios atribuyen estos maltratos al hecho de que son runas, campesinos que viven en el campo y no en la ciudad, hablar quechua y no castellano, sumado al hecho de que no tienen ningún conocimiento sobre cómo debe ser la atención en un hospital. Del mismo modo, el sistema de Asistencia Social no tiene ninguna consideración con ellos al momento de abaratar los costos de atención, es usual escuchar decirles que deben de pagar, que sí tienen dinero que mienten al decir que no lo tienen. Además, son percibidos como borrachos y con vestidos pésimos y sin capacidad de pensar. Esta percepción provoca que los usuarios se sienten despreciados y pisoteados por no tener medios para canalizar sus reclamos y ser tratados con igualdad, ya que ni el gobierno se ocuparía de estos temas.

Además, existe una presión por parte del centro hospitalario para que todo se haga de acuerdo con su punto de vista, por ejemplo, echarse en la cama para dar a luz, no importa lo que pueda pensar o sentir la usuaria. No obstante, el maltrato durante la atención del parto no solamente ocurre en el hospital. En los servicios es frecuente asistir a malentendidos, desinformación, alarmismo, gritos y amenazas. Por

ejemplo, un día una parturienta se apersonó con su pareja para dar a luz y se decidió derivarla al Cuzco, pero los directos involucrados no querían ir, finalmente fueron conminados a ir.

“¡No! [...] ¿quieres que se muera tu mujer?”. La parturienta quería retirarse del servicio. Uno de los profesionales de la salud gritó: “*Ya, carajo, quédate quieta*”. (El resaltado es nuestro).

Parece que es evidente que existe un maltrato sistemático en el servicio de salud al momento del parto. Asimismo, el servicio puede decidir acelerar el parto a pesar del peligro de una hemorragia. Es más, el reporte del peso, la talla y el diámetro de la cabeza del neonato se hacen al cálculo y los datos del apgar en muchas ocasiones son modificados. Es decir, en lugar de reportar, por ejemplo, 4 a los cinco segundos, indican 6. Como se sabe, el conocimiento de esta cifra para evaluar el aprendizaje de los niños es muy importante. Sin embargo, eso no es de interés para el servicio de salud.

Parece que dar a luz en el servicio es una obligación para las grávidas, ya que a pesar de los temores que expresan tener a la auscultación, la desconfianza en el profesional de la salud y el miedo de ser transferidas a otro centro, se apersonan a este espacio. En algunas ocasiones no logran llegar a tiempo y dan a luz cerca de la puerta del servicio o en la intemperie, es decir, a medio camino, y usualmente la pareja de la parturienta se asoma al servicio para pedir asistencia. La obligación de dar a luz parece ser una imposición de los profesionales de la salud, ya que se observó que aplican algunos castigos a las usuarias que no dieron luz en el servicio, además existe una remuneración especial por cada parto que se atienda en el servicio.

PARA EL SERVICIO DE SALUD NO EXISTIMOS

Los servicios de salud, que se encuentran en las zonas rurales del Cuzco, así como los centros de atención hospitalarios, ubicados en la ciudad, parecen no estar preparados para atender a poblaciones que no son considerados parte del “nosotros común”, es decir, que formen parte del mundo castellano hablante, mundo al que pertenecen los profesionales de la salud.

En este punto, es necesario reiterar lo visto a lo largo de la investigación, que las poblaciones de las zonas rurales con alguna distinción étnica son visualizadas como símbolos de atraso, muy cercanos a la condición animal no pensante y casi no humana; motivo por el que son objeto de discriminaciones y exclusiones en los servicios de salud. Esta imagen de atraso está vinculada con el discurso de la suciedad y la higiene, que al mismo tiempo sirve para justificar la denigración, la humillación y el desprecio del que son objeto. Es suma, la imagen y los discursos son elementos que permiten la reproducción de relaciones de dominación entre el servicio de salud y los usuarios. En la que se reproduce la imagen de la supremacía y la jerarquía del primero frente a la inferioridad y la subordinación del segundo.

Esta imagen negativa que se tiene de los usuarios, así como los discursos de la higienización, las prácticas discriminatorias y excluyentes ejercidas por medio de los diferentes programas existentes en el servicio de salud se entrelazan con políticas de salud, concebidas en el marco de un “Estado proveedor de”,¹³ que obliga a la población a aceptar sus propuestas en nombre de la salud y el bienestar. Propuestas pensadas desde la cosmovisión del mundo castellano hablante con referentes socioculturales que difieren largamente de las del mundo quechua hablante.

Nadie toma nota de nuestros reclamos

Los usuarios manifiestan sentirse incapaces de manifestar sus reclamos por varios factores. Entre ellos señalan el no hablar castellano en un mundo donde esta lengua es hegemónica, ser visualizados como campesinos sin poder económico y no tener conocimiento sobre las instituciones públicas, las mismas que no los escuchan. Además, es usual que los trabajadores de las instituciones públicas se protejan entre ellos, es decir, que exista una suerte de solidaridad institucional; al punto que si los usuarios presentaran sus quejas ante alguna instancia del MINSA, no prosperaría ya que tendrían que demostrar lo que dicen con pruebas, su palabra no vale y, mucho menos un sector que es caracterizado como acostumbrado a mentir.

13. Por eso se denomina proveedor a los profesionales de la salud.

Por ejemplo, una mañana llegó una usuaria y uno de los proveedores le indicó que regresara al día siguiente porque la especialista no estaba. No le preguntó lo que tenía o el motivo de su visita. Al día siguiente, regresó con su esposo y ante la posibilidad de un aborto fue transferida al Centro de Salud. El marido reclamó que el día anterior no habían querido atenderla. El especialista que la atendía fue a preguntar a su compañero de trabajo y este le dijo que hizo las preguntas y que no obtuvo respuesta, que en todo caso era culpa de la usuaria por no hablar. Lo que es evidente es que el proveedor no estaba dando la información correcta, pero como los usuarios son “mentirosos”, cómo dudar del compañero de trabajo.

Por lo tanto, por esta imagen de mentirosos los usuarios necesitan contar con una doble prueba para demostrar sus acusaciones contra el servicio de salud. Al final, los usuarios perciben al servicio de salud como intocables, institución que tendría el derecho de cometer atropellos contra los usuarios, por contar con la seguridad de su autoridad y ser una institución del Estado que supuestamente trabaja por el bienestar de la población usuaria.

EL MUNDO DEL CASTELLANO

En general, los usuarios se sienten bloqueados para expresarse en el servicio de salud por no hablar castellano; además, evalúan a esta lengua como superior al quechua. Como ya se remarcó, el castellano es la lengua hegemónica del Perú que todos deben hablar y escribir sin importar la procedencia étnica de la población. Se ha convertido en una variable para marcar diferencias y discriminar. Así, conocer o no el castellano para los usuarios se ha convertido en un elemento para sentirse discriminados y, muchas veces, ser tratados como inferiores.

1. El castellano como instrumento de discriminación

Por un lado, los usuarios no se sienten iguales a los profesionales de la salud por no conocer y hablar el castellano, solo algunos aclaran que solo son superiores en la capacidad de hablarlo, pero que como humanos son iguales. Por otro lado, el desconocimiento del castellano es utilizado

30 como mecanismo para humillarlos. Esto fue obvio en una comunidad que visitaron los profesionales de la salud para vender medicamentos y exigir que asistan al servicio para dar a luz, ante el reclamo de uno de los asistentes de que no se podía firmar el acta sin que este esté escrito y sin la lectura respectiva, uno de los proveedores le reto a que lo leyera. El usuario no pudo leer y lo único que atinó a hacer fue reírse nerviosamente y firmar.

Las usuarias al recibir su ración de alimentos, papilla o cualquier medicamento del SIS deben de firmar en los respectivos formatos y la mayoría de veces colocan su huella digital. En una de estos eventos, una de ellas se acercó a firmar en lugar de colocar su huella, pero esto no era suficiente para el proveedor, quien al darse cuenta de que no podía leer, no dudó en gritar para indicar la falta de habilidad en la lectura del castellano. Saber firmar no es suficiente se exige a las usuarias que lean y escriban en castellano; caso contrario, seguirán siendo denigradas.

Además, el castellano está asociado con un grupo social que identifican como mistis y/o profesionales y, saber esta lengua significaría tener palabra, ser sujeto con palabra, con voz, es decir, sujeto con capacidad de respuesta ante un interlocutor castellano-hablante. En otras palabras, sentirse sujeto con derecho a dar respuesta.

Aparentemente, saber el castellano y tener conocimiento del mundo en el que se habla, es de vital importancia no solamente para evitar los maltratos y atropellos de los proveedores, sino sobre todo, para el ejercicio de derechos como sujeto ciudadano. En el Perú, parece que la ciudadanía está íntimamente ligada al castellano, eres ciudadano si eres inteligente en el hablar castellano (como se estipula en cualquier documento de derecho y leyes). Si hablas cualquier otra lengua nativa, ya no eres sujeto ciudadano.

2. Los del servicio de salud son mistis

Finalmente, los usuarios perciben a los profesionales de la salud como mistis, estos serían de temer por conocer el castellano, saber leerlo, escribirlo y, por tanto, tener palabra, ser profesionales. Según ellos, los proveedores cuidan su aspecto externo con buenos vestidos y zapatos, sin que la inclemencia del clima los maltrate y se alimentan bien al

consumir a diario carne y fruta. En suma, los proveedores por ser mistis serían diferentes y no iguales a los usuarios.

Esta imagen que tienen los usuarios sobre los profesionales de la salud encaja con la visión que tienen sobre sí mismos los segundos. Estos se califican como mistis y hacen referencia a su lugar de origen, lengua y costumbres, como se puede apreciar en las siguientes líneas: “[...] Misti somos [los] que venimos de otro sitio y somos diferentes [...] nos llaman mistis pero no nos dicen mistis o si nos dicen, pero no [en nuestra cara]”.

POR QUÉ DISCRIMINAN EN EL SERVICIO DE SALUD?

Los usuarios al ser inquiridos sobre los motivos de por qué son discriminados en el espacio del servicio de salud, manifestaron que son maltratados porque viven y trabajan fuera de la ciudad y por ser runas e indios.

1. Nos atienden mal porque no somos de la ciudad

Desde el punto de vista de los usuarios, ellos no reciben buena atención y son objeto de denigración por varios motivos. Primero, por ser gente del campo, gente de un *ayllu*, runas, campesinos y, por tanto, los ven como gente que no vale, que no sirve, en suma, inferiores, por lo tanto, no merecerían ningún tipo de atención. Segundo, no serían iguales a los proveedores, estos tienen vestidos y trabajo diferente (trabajar en oficina) y más estudios. Finalmente, los profesionales de la salud que trabajan varios años en el mismo sitio se sentirían dueños del servicio y con suficiente libertad para disponer todo a su voluntad.

Lo que parece evidente es que para el servicio de salud los usuarios en ciertos momentos no existen. Es común que los proveedores los dejen durante una atención para atender otros asuntos. Por ejemplo, un día, un profesional de la salud atendía a un niño con su madre y, sorpresivamente, llegó la ambulancia de uno de los CLAS. Se entabló una conversación muy amena entre ellos. El infante que estaba siendo atendido y su madre dejaron de existir, nadie se percató de que todavía seguía

31

32 en consulta. Asimismo, existe la costumbre de tomar acuerdos en el consultorio para decidir asuntos domésticos.

Finalmente, de acuerdo con los datos en el servicio de salud, parece que tratan mal a los usuarios no solamente porque estos son del campo, sino porque los visualizan como población sin derechos, como incapaces de sentir y de llorar: “[...] aquí no les importa nada, si mueren, si nacen, son como animales; *ni sienten, ¿acaso lloran? ¡No sienten nada!*”. (El resaltado es nuestro).

2. ¿Somos indios?

Los usuarios perciben que el término indio es utilizado para denigrarlos por vestirse de la manera como lo hacen y, al parecer, no estar vestidos con trajes nuevos y de ciudad; andar como campesinos en la chacra y de manera humilde; ser runas campesinos, ser hombres de un pueblo de fuera de la ciudad y labrar la chacra; sustentarse y vivir con lo que producen; hablar solo quechua y no castellano.

Del lado del servicio de salud es evidente el desprecio que se expresa hacia los usuarios, quienes son calificados como indios y ser mentirosos y no saber obedecer. Visualiza a los usuarios como seres que deben obedecer sin hacer preguntas, sin réplicas por no tener capacidad de pensar y sentir y, por tanto, deberían de aceptar en silencio las prescripciones, reglas y normas del servicio. Así, si hay la sospecha de que los usuarios están mintiendo o que no están obedeciendo las órdenes es usual escuchar: “¡Estos indios son [...]!”.

¿EL SERVICIO DE SALUD TIENE DERECHO A MALTRATAR Y HUMILLAR?

Cuando se preguntó si el servicio de Salud tenía derecho a denigrar y despreciar en el proceso de atención, los usuarios fueron enfáticos al manifestar que no debían de maltratarlos, ya que el atender a los pacientes sería inherente a la labor del servicio. Ellos argumentaron que en el servicio de salud no debían de atender de mala manera y de mal humor; que se debería de atender y curar a los que son runas, tanto a los infantes como a los adultos sin exasperación. Que el ser profesional no

es para tener la libertad ni el derecho de denigrar, humillar o despreciar; que la función del Servicio es brindar atención, ya que el Estado proporciona los medios necesarios y proporciona los pagos.

Es más, admiten que la humillación y el maltrato los llena de dolor y de tristeza, que deben de respetarlos porque son humanos como todos: “No está bien lo que nos insultan. Nosotros también tenemos que ser respetados, *somos humanos como ellos*”.¹⁴ (El resaltado es nuestro).

Los “cariños”: ¿Una forma de conseguir buena atención?

Un grupo de usuarios percibe que no los atienden bien porque no acostumbran llevar regalos al servicio de salud, como es el caso de otros, quienes sí recibirían una buena atención. Lo que se observó es que los usuarios suelen obsequiar algunos productos como habas, quinua, olluco, oca, huevos, queso y carne, ya sea cruda o sancochada.

A cambio, en algunas ocasiones reciben una bolsita de papilla o una pastilla. Con esta acción los usuarios, sobre todo las mujeres, buscan evitar el maltrato y el conflicto. En días festivos, también hay obsequios para el servicio de salud, que puede consistir en una comida especial o en una porción de carne.

COLOFÓN

Como se ha visto, existe una estrecha relación entre las definiciones de las políticas de salud, el sistema de salud y los profesionales de la Salud sobre los usuarios con alguna distinción étnica y el maltrato que se ejerce sobre ellos. De manera que las definiciones de atraso, salvajismo, suciedad y ausencia de sentimientos que pesan sobre los usuarios quechua-hablantes e indígenas se constituyen en una de las fuentes para reproducir relaciones de dominación y, al mismo tiempo, prácticas discriminatorias y excluyentes en contra de ellos. Esto fue evidenciado a lo largo de la investigación, en los procesos de atención que se dan en los servicios de salud del MINSA.

14. “*Manaya allinchu k’amiwasqanchis [...] Nuqanchispas rispitanaya kanchis, paykuna hina umanutaq kashanchis chayri*”.

Asimismo, a lo largo de esta investigación, varias preguntas han salido a la luz: ¿Qué es necesario hacer para que las políticas de salud y el servicio de salud no propicie el maltrato a los que detentan alguna distinción étnica? ¿Cómo evitar la discriminación y la exclusión en los servicios de salud y, al mismo tiempo, romper las relaciones de dominación? ¿De qué manera se puede subvertir la imagen de atraso, salvajismo, suciedad, ausencia de capacidad de pensar y decidir que pesa sobre los usuarios? ¿Será que el maltrato sobre las poblaciones quechuahablantes también se produce y reproduce en las demás instituciones públicas?

BIBLIOGRAFÍA

ADAMS, Richard

1955 “Notas sobre el uso de la antropología en el campo de la Salud Pública”. En: *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Vol. XXXVIII, N.º 5. S. 1.

BOURDIEU Pierre y Jean Claude PASSERON

1997 *Reproduction in education, society and culture*. Londres: Sage publication.

ESCOBAR, Alberto

1996 *La invención del Tercer Mundo: construcción y desconstrucción del desarrollo*. Bogotá: Ed. Norma.

HESS, Carmen

1994 “Enfermedad y moralidad en los Andes ecuatorianos”. En *Salud y antropología. Publicación trimestral. Hombre y ambiente*, N.º 29, Año VII; pp. 45-57. Quito: Ed. Abya-Yala.

LAIME SOTELO, Clotilde

s.f. “Salud reproductiva y planificación familiar en el distrito de Quiñota”. En *Primer curso de población y desarrollo de la región Sur: Reseña de 4 estudios seleccionados*. Lima: Ed. Presidencia del Consejo de Ministros y CONAPO.

LEY GENERAL DE SALUD

1997 N.º 26842. Lima.

LEY DE POLÍTICA NACIONAL DE POBLACIÓN

1985 Decreto Legislativo N.º 346. Lima.

MINSA

- 1992 “Programa de Atención a la Salud Reproductiva de la Familia 1992-1995”. En *Planificación familiar. Dirección de Programas Sociales*. Lima.
- 1992 “Manual de salud reproductiva: métodos y procedimientos”. En *Resolución 1992*. Lima.
- 1993 Subproyecto, “Apoyo al Programa Nacional de Atención a la Salud Reproductiva en la UTES de Cuzco”.
- 1997 “Guías nacionales de atención a la salud reproductiva”. En *Dirección General de Salud de las Personas*. Lima.
- 1998 “Promoción de la salud basada en la participación comunitaria”. En *Dirección General de Salud de las Personas. Dirección Ejecutiva de Participación Comunitaria*. Lima.
- 2001 “Propuesta de lineamientos de política y estrategia nacional de alimentación y nutrición”. En *Comisión Multisectorial de Alimentación y Nutrición*. Lima.
- 2002 “La situación de salud y del sector” En *Lineamientos de política sectorial para el periodo 2002-2012 y Principios Fundamentales para el Plan Estratégico Sectorial del Quinquenio Agosto 2001-Julio del 2006*, (2da. ed.). Lima.

MINSA-PROYECTO 2000

1999 “Mujeres de negro: la muerte materna en zonas rurales del Perú”. En *Estudio de Casos*. Lima: 1999.

MINSA-PSNB

- 1997 “Modelos de salud desarrollados por las ONG”. En *Rol de las organizaciones no gubernamentales y modelos de salud desarrollados*. Lima.
- 1997 “Conocimientos, actitudes y prácticas en salud y nutrición materno infantil”. En *Informe de investigación N.º 4*. Cuzco.
- 1998 “Guía del planificador IEC. Planeamiento estratégico de la comunicación educativa PECE. En *Proyecto Salud y Nutrición Básica*. Lima.

MURPHY-IAWLESS, Jo

1999 “La responsabilidad ante el parto: una diversidad de respuestas”. En *Vocabulario Aymara del Parto y de la Vida Reproductiva de la Mujer*. La Paz: ILCA.

PRADEL, Jean L.

1986 “Apuntes sobre la visión campesina de la salud en Chumbivilcas”. En *Ruralter*, N.º 1, primer semestre. Lima: CICDA.

PROMUDEH

1998 “Plan Nacional de Acción Mujer y Desarrollo 1998-2002” (versión preliminar). Lima.

REVISTA OIGA

1993 Julio pp. 22-35. Lima.

REVISTA SOMOS

2003 En *El Comercio*, p. 31. Lima.

SÁNCHEZ PARGA, José

1992 “Política de salud y comunidad andina”. En *Cuadernos de discusión popular*, N.º 5. Quito: CAAP.

VIGIL, Nila y Roberto ZARIQUEY

2003 *Ciudadanía inconclusas: El ejercicio de los derechos en sociedades asimétricas*. Lima: GTZ, PUCP.

ÚLTIMOS DOCUMENTOS DE TRABAJO

136. *El Agrobanco y el mercado financiero rural en el Perú*. Giovanna Aguilar. 2004.
137. *Las ONG y el crédito para mujeres de menores ingresos: debates sobre el desarrollo*. Gina Alvarado. 2004.
138. *¿Una descentralización sin partidos? El primer año de gestión del APRA en el gobierno regional de San Martín*. Carlos Meléndez. 2004.
139. *La ciudadanía en debate en América Latina. Discusiones historiográficas y una propuesta teórica sobre el valor público de la infracción electoral*. Martha Irurozqui. 2004.
140. *El rey en Lima. El simulacro real y el ejercicio del poder en la Lima del XVII*. Alejandra Osorio. 2005
141. *Hogares indígenas y pobreza en el Perú. Una mirada a partir de la información cuantitativa*. Carolina Trivelli. 2005.
142. *Educación, ciudadanía y violencia en el Perú: una lectura del informe de la CVR*. Pablo Sandoval. 2005.
143. *Teatro popular en Bolivia: la afirmación de la identidad chola a través de la metáfora de la hija pródiga*. Ximena Soruco Sologuren. 2005.
144. *Las transferencias intergubernamentales, el esfuerzo fiscal y el nivel de actividad*. Giovanna Aguilar Andía y Rosa Morales Saravia. 2005.
145. *Cooperación internacional, desarrollo y comunidades campesinas: ¿del asistencialismo al libre mercado?* Susan Vincent. 2005.
146. *El rostro del inca perdido: la Virgen de Loreto, Tocay Cápac y los ayarmacas en el Cuzco colonial*. David Cahill. 2005.

Diagramado en
el **Instituto de Estudios Peruanos** por:
ROSSY CASTRO MORI
Corrección de pruebas:
CARLOS CHANG CHENG
Impreso en los talleres gráficos de
GRAFICA FENIX S.R.L.
Telefax: 427-3444 / 999-67897
Jr. Ica 338 Of. 104 - Lima Cercado
Lima - Perú