
**¿Existe discriminación hacia la población indígena
en los servicios de salud del Estado?:
resultados de un estudio cualitativo en una microrred de
la sierra central del Perú ***

Néstor Valdivia Vargas



* Investigación realizada con Esperanza Reyes, en el marco de un convenio entre GRADE y la Universidad Peruana Cayetano Heredia

-
- **Marco conceptual**
 - **Metodología**
 - **Hallazgos**
 - **Conclusiones**
-

Marco conceptual

3 enfoques:

- ❑ Las “distancias culturales” entre los servicios de salud y la población indígena
 - ❑ Discriminación como factor de la “brecha étnica” en salud
 - ❑ La relación paciente - profesional de salud
-

“Distancias culturales” entre los servicios de salud y la población indígena

- Diferentes concepciones de salud, modelos explicativos de enfermedades y alternativas terapéuticas (Anderson 2001, Yon 2006, Cordero et al. 2010)
 - Relación de desconfianza y temor hacia el sistema formal de salud y el personal que labora en el mismo (Cavero 2003, Salud sin Límites 2008)
 - Paradigma positivista y etnocéntrico en salud y en un enfoque reduccionista biomédico de la salud (Planas s/f)
 - Los profesionales “expertos”, con “autoridad” sobre el cuerpo y la salud” (Yon 2000). Lo cual deviene en una actitud vertical y muchas veces en formas de recriminación
-

Discriminación como factor de la “brecha étnica” en salud

- Inequidades en salud en el Perú - “brecha étnica” (Valdivia y Mesinas 2002, Benavides y Valdivia 2007, OPS 2001, Physicians for Human Rights 2007)
 - ¿En qué medida **la discriminación** es un factor causal?
 - Evidencia para otros países (Krieger 2000, Smedley et al. 2003)
 - En el Perú:
 - Según el INEI, 17 % de las personas en las zonas rurales no acude a un centro de salud porque “queda lejos, falta de confianza, o demoran”, y un 11 % otros motivos como “el maltrato por parte del personal de salud” (Amnistía Internacional 2006)
 - Los establecimientos de salud del Estado como el principal lugar de discriminación: 36 % en general y 46 % de la población indígena (Valdivia 2002)
 - Existen algunas evidencias indirectas (Huayhua 2006, Salud sin Límites 2008, Yon 2000, Cordero et al. 2010), pero no ha habido investigación sistemática sobre el tema específico
-

Discriminación como factor de la “brecha étnica” en salud

- Diferencia entre pobreza, exclusión social, desigualdad social y discriminación (BID 2007)
 - Definición de discriminación (Blank et al. 2004)
 - La discriminación y el rol de los estereotipos y prejuicios
 - Concepciones populares de “discriminación” (Planas y Valdivia 2009)
 - Tipos de discriminación: discriminación institucional y discriminación personal directa
 - Discriminación y “racismo” en el Perú (Nugent 1992 y 2008, Ortiz 2001a, 2001b, Callirgos 1993, Flores Galindo 1988, Manrique 1993, 1996, Portocarrero 1990, 1992y 1993, Bruce 2007, Santos 2002)
-

La relación paciente- profesional de salud

- La consulta médica como “micro cosmos” con significados propios, donde interactúan dos sujetos con roles, funciones y atribuciones
 - Es una relación social: nivel interpersonal con creencias, expectativas y actitudes (Perloff et al. 2006)
 - La comunicación como instrumento clave para construir ese vínculo y para que los objetivos terapéuticos se alcancen: lenguaje (Bowen 2001) y la confianza (Perloff et al. 2006)
 - La transferencia de la información para la adhesión del paciente al tratamiento (Kaplan et al. 1989)
 - Respuesta a contextos de diversidad étnica y racial: formación de profesionales de salud en “competencias culturales”
-

Metodología

- **Estudio cualitativo – carácter exploratorio**
 - **Foco de atención: relación profesional-paciente en las consultas de los servicios de atención materno-infantil: Crecimiento y Desarrollo (CRED), Pediatría y Obstetricia.**
 - **Establecimientos de salud de una microrred de salud del Valle del Mantaro:**
 - Hospital
 - Centro de Salud
 - Puesto de Salud
 - **Técnicas usadas:**
 - observación de la consulta (53)
 - entrevistas a pacientes (54)
 - entrevistas a profesionales (26) y serumistas (17)
 - técnica de Pacientes Simuladas (7 PS, 34 consultas)
-

Hallazgos del estudio

Consultas en el servicio de CRED

- Cómo se da la relación profesional-paciente (observación)
 - No existe evidencia de maltrato abierto generalizado en los servicios de consulta de CRED...
 - ... pero sí de un vínculo “paternalista”
 - Atención profesional competente
 - Percepción positiva de las pacientes sobre el trabajo del personal y la atención
 - Vínculo profesional-paciente marcado por la calidez en la atención
 - Logro de empatía
 - Paciencia de la enfermera
 - Vínculo de afecto y cercanía
-

Consultas en el servicio de CRED

- Percepción de las pacientes sobre el trato recibido
 - Satisfacción con la atención recibida
 - No señalan “discriminación abierta”
 - Hechos excepcionales de maltrato, sobre todo en “la antesala” de la consulta
 - Existencia de prejuicios sobre maltrato en servicios del hospital
 - Cuando éste ocurre: se debe a que las profesionales están “estresadas”, “cansadas”, “aburridas”
 - Como respuesta, los pacientes asumen una actitud sumisa y pasiva frente al maltrato
- El punto de vista de los profesionales
 - Explicaciones sobre el maltrato (pero que no reconocen como discriminación): el trabajo “satura”, “es por el apuro”
 - Los profesionales son conscientes de la necesidad y/o la importancia del buen trato
 - Esfuerzo por la buena atención (y no discriminación)

Consultas en el servicio de CRED

Modelo “paternalista” basado en discurso “normativo” y sancionador:

- Desaprobación, reproche y recriminación
 - Actitud paternalista-autoritaria (“resondrar”)
 - Expectativas sobre la paciente y modelo de buena paciente (y buena madre)
 - Evaluación de la madre del trato recibido: balance positivo
-

Consultas en el servicio de Pediatría

- Cómo se da la relación profesional-paciente (observación)
 - Atención profesional marcada por el respeto y eventualmente algunas muestras o gestos de amabilidad
 - Se ha observado un nivel de confianza en la relación médico-paciente
 - Sin embargo, hay información que el médico no le da al paciente
 - Se aprecia una diferencia con el vínculo entre el personal de CRED (enfermeras) y las pacientes. Incluso, esa relación podría caracterizarse como de mayor contenido afectivo y quizás mayor calidez –pero al mismo tiempo bajo un modelo “paternalista”-
 - Percepción de las pacientes sobre el trato recibido
 - Percepción positiva de la atención
 - Buena atención pero con problemas de escaso tiempo para la consulta
 - Punto de vista del profesional
 - Problema de tiempo disponible para la consulta (agravado por la necesidad de llenar formatos)
-

Consultas en el servicio de Pediatría

- Cómo se da el trato en el establecimiento
 - Trabas para la agilización de atención del sistema
 - Falta de comunicación adecuada a los pacientes usuarios del servicio
 - Maltrato en distintos servicios, incluso administrativos y de vigilancia y portería
 - Momentos y puntos críticos: trámites de afiliación al SIS, derechos de uso del seguro, cobro o exoneración del pago, etc.

 - Perspectiva de los pacientes sobre la discriminación y el maltrato en el pasado (sobre todo en el hospital)
 - “Aburridos”
 - Impaciencia del personal, sobre todo con “personas del campo”, de fuera
 - “No son tan amables” con aquéllos que “son humildes”, “del campo”, “que hablan su quechua”, “usan polleras”...
 - “Por pobreza más que nada”
 - Asociado al bajo nivel educativo
 - No se alude a la discriminación orientada por la “raza”
-

Consultas en el servicio de Obstetricia

- Mayor cantidad de eventos observados de maltrato en este servicio
 - Aunque al mismo tiempo: idea anticipada del hospital como lugar de maltrato (casos en que no lo hubo, “bien me han atendido”)
 - Percepciones de los profesionales sobre las pacientes que pueden generar un trato discriminatorio
 - Persona proveniente de “las alturas”, viven como “animalitos”
 - De muy bajo nivel educativo, analfabetos
 - Quechua hablantes
 - Son muy pobres, no tienen dinero
 - Migrantes huancavelicanos
 - Población difícil de explicarles (“no nos entienden”, “no colaboran”)
 - Creencias culturales las ponen en riesgo porque no se controlan el embarazo
 - Recurren a curiosos porque no tienen recursos
 - Carecen de sentimientos familiares (“prefieren tener sus hijos en el piso”)
-

Consultas en el servicio de Obstetricia

- Cómo se da la relación profesional-paciente (observación)
 - Molestia y rechazo de las pacientes a la rutina del tacto vaginal para el cual no se le pide permiso; ellas sienten violado su sentido de pudor
 - Recriminaciones durante momentos críticos del parto: por ejemplo, cuando las pacientes preguntan por el bebé (“¿tu no habías dicho que se muera?”, “¿ahora quieres tener otro bebé?”)
 - Cuestionamiento por no “haberse cuidado” para no tener más hijos, reproche de no querer a su bebe cuando no incrementan su peso o cuando no pujan durante el parto
 - Las obstetrices no dan explicaciones
-

Consultas en el servicio de Obstetricia

- Perspectiva de las pacientes sobre el trato recibido
 - ❑ “Pierden la paciencia”
 - ❑ Insatisfacción porque no dan mayores explicaciones
 - ❑ Aunque ellas tampoco preguntan
 - ❑ Aceptan un trato de minusvalía aunque les provoque vergüenza, angustia y miedo
 - El punto de vista de los profesionales
 - ❑ Las pacientes con bajo nivel educativo no entienden: *“tienes que explicarles con mayor minuciosidad”*
 - ❑ Para ellos, el grado de instrucción “mínimo” para relacionarse con las pacientes es secundaria completa
 - ❑ Los profesionales tienen incertidumbre ante la falta de información sobre determinadas situaciones de salud o síntomas de la paciente
-

CONCLUSIONES

¿Cómo es el trato hacia los pacientes en los establecimientos de salud?

- Existe una mixtura de situaciones diversas, presentes en forma alternativa y/o simultánea en el establecimiento, el servicio y el profesional:
 - atención efectiva (resuelven los problemas)
 - calidez en el trato
 - empatía con el paciente
 - desempeño profesional competente
 - paternalismo
 - escasa información al paciente
 - maltrato
 - discriminación
- El “efecto eco”: eventos de maltrato refieren sobre todo a experiencias del pasado
- La “mala fama” del hospital: en el imaginario aparece como el principal lugar de maltrato y discriminación
- Hay una base real: maltrato en los servicios (procesos de administrativos y de admisión) y en el vínculo profesional-paciente, pero ese maltrato no es predominante y está focalizado en ciertos momentos y espacios
- ¿“Justos pagan por pecadores”? alcances del maltrato y la discriminación - ¿cuánto es “suficiente” evidencia para “generalizar”?

¿Maltrato o discriminación?

- Precisiones conceptuales y conclusiones metodológicas del estudio: qué se entiende por “discriminación”
 - Hay evidencia sobre la existencia de discriminación (no sólo maltrato) particularmente en situaciones límite de emergencias o partos, cuando afloran en los profesionales de salud estereotipos y prejuicios negativos hacia población “indígena”
 - Técnica de Paciente Simulado -aunque no en el servicio de obstetricia-parto-
 - Su aplicación no demuestra un maltrato abierto hacia las personas “indígenas”, ni hacia las que hablan quechua
 - Tampoco evidencia la existencia de una “discriminación racial” (peor trato hacia personas de fenotipo “indígena” o “no blanco”)
 - Pero sí permite comprobar la vigencia del modelo paternalista
-

¿Cómo se produce el maltrato en los servicios de salud?

- El maltrato que se registra en los servicios se produce a partir de la combinación de los siguientes factores:
 - Precariedad de recursos, presión de demanda, falta de tiempo y personal desincentivado
 - Al interpretar y diagnosticar no se da información necesaria a las pacientes
 - Subvaloración hacia la población usuaria: las mujeres no son vistas como ciudadanas
 - Dos mecanismos: el modelo paternalista-autoritario y el maltrato
 - Este último sobre todo en situaciones límite: maltrato hacia los más “débiles” (= indígenas)
 - Actitud pasiva de los pacientes responde a varios factores: baja conciencia de derechos, asumen a priori que el médico tendrá una reacción negativa frente a una eventual pregunta suya, temor a represalia, y no reconocimiento del maltrato
 - La internalización del “modelo” paternalista de parte de la paciente, a dos niveles: agradece y reconoce esas actitudes como una evidencia de la preocupación por su bienestar y su salud (o la de su hijo); considera que ese estilo de trato es un indicador de calidez, afecto y cercanía
-

Maltrato, paternalismo y comunicación

- Tanto la técnica de Paciente Simulado como las observaciones de consulta –sobre todo en el servicio de CRED- confirman la vigencia de un modelo paternalista asumido por ambas partes
 - ¿Esa forma de comunicación profesional-paciente es “efectiva”?
 - “Resondrar” como una forma de llamar la atención “para que le haga caso”, “por su bien”
 - Confianza relativa y mediatizada -y muchas veces nula- (figura del “miedo” al padre)
 - Entendimiento del paciente su situación: su enfermedad, el tratamiento, las indicaciones
 - Otras alternativas: enfoque de derechos (ciudadanía) que trastocaría los valores y estilos históricamente predominantes en ambas partes
 - Acciones e iniciativas de políticas a distintos niveles: macro, institucionales, de recursos, normas, organización, y cambio en “el trato” (incidencia en la formación de los profesionales de salud -aunque no sería suficiente-)
-

Muchas gracias

Informe disponible en la Web de GRADE:

www.grade.org.pe

Link de la Alianza para la Equidad en Salud en el Perú:

<http://www.aes.org.pe/etnicidad/publicaciones.shtml>
