

**SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA CON ENFOQUE INTERCULTURAL**  
**Reflexiones sobre la calidad de atención en un hospital público de Buenos Aires**

*Juliana Verdenelli y Lucía de Abrantes*  
*Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales/  
Universidad Nacional de La Plata (Argentina)*

Según el *Balance 2003-2011* del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (2011), la escasa tradición en la provisión de servicios de salud sexual y reproductiva; la diversidad económica, étnica, cultural y política de las distintas jurisdicciones; y la complejidad de la coordinación entre los distintos niveles de gobierno, fueron algunos de los factores que incidieron negativamente en la implementación de la política nacional para el cumplimiento efectivo de los derechos sexuales y reproductivos.

No obstante, desde nuestra perspectiva, otra dificultad se vuelve ineludible cuando se hace referencia al ejercicio de los derechos de las mujeres en lo que respecta a la salud sexual y reproductiva: la mirada biomédica que subyace en el sistema de salud pública. Mirada que ha condicionado las acciones e intervenciones sanitarias, enfatizando la dimensión biológica de la sexualidad, visibilizando temas vinculados a la anticoncepción o al manejo de la reproducción desde un criterio de control social y propiciando mensajes que suelen constituirse como “mandatos que hay que cumplir”, propios de la lógica del modelo médico hegemónico.

Por esta razón, nos interesa destacar que ninguna acción sanitaria o intervención médica es “neutra” respecto de sus valoraciones y contenidos ideológicos. Así es que si buscamos desandar las lógicas que atraviesan las políticas públicas y acciones sanitarias en materia de salud sexual y reproductiva con relación al reconocimiento y cumplimiento de los derechos de los pueblos indígenas y la población migrante, resulta necesario repensar al campo de la salud dentro de los conflictos surgidos en torno a la interculturalidad.

### **Salud e Interculturalidad**

Al aplicar el concepto de interculturalidad a la salud, se hace referencia a los procesos de salud-enfermedad-atención que operan de manera estructural en todas las sociedades, produciéndolas y reproduciéndolas.

Eduardo Menéndez (1994) sostiene que las respuestas sociales a la enfermedad, los padecimientos y la muerte son hechos cotidianos, recurrentes y parte de los procesos sociales en los cuales se establece colectivamente la subjetividad. En sus propias palabras “el sujeto, desde su nacimiento —cada vez más “medicalizado”—, se constituye e instituye, por lo menos en parte, a partir del proceso s/e/a” (Menéndez, 1994: 71).

Podemos afirmar que todas las sociedades elaboran representaciones y prácticas destinadas a comprender, explicar y, en la medida de lo posible, solucionar los daños a la salud, padecimientos y enfermedades. Para ello, en determinados contextos vinculados a procesos específicos, se construyeron sistemas académicos o científicos de explicación y acción sobre

los padecimientos. Muchos de estos sistemas se convirtieron en hegemónicos, en las diferentes culturas. Sin embargo, “esto no implicó la anulación o erradicación de otras prácticas y representaciones vigentes en los diferentes conjuntos sociales aunque si contribuyeron a su modificación o al establecimiento de relaciones de hegemonía/subalternidad” (Menéndez, 1994: 72).

A este respecto, en nuestro continente los hospitales eran desconocidos en la época prehispánica. El modelo médico originado en Europa y denominado “científico” fue trasladado a América a partir de la conquista. Esto permitió que durante los siglos XIX y XX se instalara y consolidara un modelo médico hegemónico que estableció relaciones de destrucción y desconocimiento respecto a las otras formas de medicina populares y tradicionales de la región. Dicho modelo también supo definir cuáles serían las respuestas y las conductas sexuales esperables por parte de los sujetos y aquellas no deseables o peligrosas sobre las que se deberían ejercer o desplegar mecanismos de control y seguridad. De este modo, este modelo cumplió, desde sus inicios, funciones “de normatización y de legitimación, que en determinadas coyunturas económico-políticas pueden tener más relevancia que las funciones reconocidas como “estrictamente” médicas” (Menéndez, 1885: 22).

Las enfermedades y los padecimientos han sido, históricamente, una de las principales áreas de control social e ideológico (tanto a nivel micro como macrosocial). Menéndez (1994) sostiene que se trata de un fenómeno generalizado en todas las sociedades y que en todos los casos, ya sean representantes de la biomedicina o curadores populares, su saber entra en relación con representaciones y prácticas de sujetos y grupos concretos, convirtiendo sus actividades “técnicas” en hechos sociales y culturales.

Por su parte, Marcelino Fontán (2005) también problematizó la homogeneización de este modelo y la consecuente estigmatización del otro cultural. Para este autor existe una visión mistificada del indígena y su mundo, una visión “rousseauiana” que nada tiene que ver con la heterogeneidad que se encuentra en el trabajo de campo antropológico, en el cual “nos encontramos con un conglomerado heterogéneo con un alto grado de mestizaje cultural entre saberes aborígenes, criollos, de la medicina oficial y de las religiones evangélicas” (Fontán, 2005: 173).

Como puede observarse, lejos de tratarse de cuestiones naturales, dadas o inmodificables, estas configuraciones se inscriben en una experiencia compartida, son producto de una historia, de cambios y permanencias, de rupturas y continuidades, de disputas y conflictos.

Por todo lo expuesto, definimos a la interculturalidad en salud a partir de las distintas representaciones y prácticas del proceso salud-enfermedad-atención que operan, se articulan y se sintetizan —no sin contradicciones— en las estrategias de cuidado y las acciones de prevención y solución a la enfermedad, al accidente y a la muerte en contextos pluriétnicos. (Lerín Piñón, 2004).

Consideramos que la mirada antropológica nos permitirá situar y profundizar el análisis del complejo entramado cultural en el que se sustentan los procesos de salud-enfermedad-atención, contemplando sus dimensiones sociales, históricas, políticas y culturales a partir de

una mirada “microsocial”, local y particular de los procesos. Por ello, tomamos como eje del análisis una entrevista realizada a la jefa del servicio de obstetricia de un hospital público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. ¿Por qué la selección de esta institución? Porque se trata de uno de los hospitales “modelo” en materia de atención de la salud sexual y reproductiva en la Argentina. Además, ha sido una de las primeras instituciones sanitarias de la ciudad en plantear la necesidad de abordar la interculturalidad en salud. También es interesante destacar que ha sido pionera en el abordaje integral de la violencia de género, elaborando un protocolo propio.

Este hospital se encuentra ubicado en la Comuna 7, en la zona centro de la ciudad. Con una superficie de 11,6 km<sup>2</sup>, la Comuna 7 está integrada por los barrios de Flores y Parque Chacabuco.

### **Análisis de caso: reflexiones en torno a la calidad de atención en salud sexual y reproductiva intercultural**

Eran cerca de las 9.00 de la mañana del viernes 31 de agosto. El día estaba soleado y cálido. Llegamos al hospital, tomamos algunas fotos de su fachada que aún dejaba ver los daños provocados por el incendio ocurrido el 10 de enero de 2012 en el último piso de uno de sus pabellones (1).

Al ingresar a la institución, notamos que cuenta con un extenso espacio verde en el centro de su construcción (característico de las edificaciones de la segunda mitad del siglo XIX) (2). Este patio central se encuentra rodeado por una gran cantidad de pabellones, de varios pisos cada uno, en donde se desarrollan los distintos servicios que brinda la institución. Luego de consultar con trabajadores del hospital por el servicio de obstetricia, nos dirigimos al segundo piso del Pabellón G (3). Una enfermera se ofreció a presentarnos a la jefa del servicio de obstetricia, a quien de aquí en adelante llamaremos Dra. García.

Pasamos alrededor de treinta minutos en la sala de espera del servicio, que en realidad es un pasillo, de unos 5 m de largo por unos 3 m de ancho, separado por dos grandes puertas de madera y vidrio del resto del lugar. La sala de espera cuenta con sillas y un par de bancos de madera a uno de sus lados. Del otro lado, se encuentran el antiguo ascensor del edificio y el acceso a la escalera. Esa mañana la sala estaba muy concurrida. Notamos inmediatamente la diversidad de las mujeres usuarias del servicio.

La sala de espera no es un espacio muy cálido o cómodo para permanecer allí. Se percibe más bien como un lugar de paso, de tránsito. Sin embargo, algunos dibujos, grafitis y mensajes escritos en sus paredes y en las puertas de entrada del servicio le otorgan una impronta “amigable”.



Figura 1: sala de espera del hospital. 31 de agosto de 2012.

Familiares de los bebés que nacen allí quieren contar sus historias y compartir su felicidad. Más tarde, durante la entrevista, le preguntamos a la Dra. García por los mensajes que cubren las paredes y puertas de entrada del servicio:

Eso es un horror. Porque en realidad si vos pensás, están escribiendo paredes hospitalarias que tendrían que estar blancas puras. Pero no hay forma. La gente se apropia y bueno, esta fue otra cosa. En lugar de pelearnos, nos amigamos con esto y decimos, bueno, la gente quiere dejar su mensaje.

Volviendo a nuestro relato, nos encontrábamos tomando fotografías del lugar, cuando una mujer vestida con ropas de seguridad se asomó del otro lado de la puerta y nos invitó a acercarnos. Al pasar, notamos que la mujer estaba sentada en un escritorio del otro lado del pasillo. Era quien controlaba el acceso al servicio: la salida y la entrada de personas al lugar. La Dra. García se presentó y nos pidió que la siguiéramos hasta su oficina. Pasamos por varios pasillos conectados entre sí. A los lados del pasillo principal se encontraban las 26 camas de internación, separadas entre ellas por unas cortinas blancas que oficiaban de “biombos”. La mayoría de las camas estaban ocupadas.

Ingresamos a la oficina y nos sentamos en un sillón de dos plazas. Ella acercó la silla de su escritorio y se ubicó frente a nosotros. Nos preguntó quiénes éramos, de dónde veníamos y para qué queríamos realizarle una entrevista. Le comentamos que teníamos la intención de realizar un trabajo sobre salud reproductiva e interculturalidad y le pedimos permiso para grabar la conversación. Ella comenzó a hablar muy rápidamente y sin esperar a que le hiciéramos preguntas. La impresión era la de un relato repetido cientos de veces, ya organizado y casi memorizado:

¿Por qué estaría bien pensado este hospital? Por el área donde está inserto. En la comuna 7 tenemos un rasgo que son los talleres textiles y la mano de obra, en la mayoría de los casos, son pacientes o residentes de la región

andina, son bolivianos en su mayoría. Pero bueno, aprendimos que culturalmente tenemos que decirle de la región andina. Entonces tenemos muchísimas pacientes jóvenes en edad fértil y muchas vienen a tener su parto. El embarazo se atiende mal y poco. Por dos cuestiones, primero que tiene que ver con la falta de disponibilidad horaria que tienen estas mujeres por su propia condición laboral, y en segundo término porque desconfían, o porque no tienen la representación de lo que es la atención médica en una gran ciudad, y en este medio [...]. Por eso tenemos que trabajar mucho y muy fuerte en la comunicación en el consultorio. Y para poder trabajar en la comunicación, también trabajamos algunos aspectos que tienen que ver con la cultura. Cuando uno cree que hay algunas cosas que son muy graciosas, típica de la bajada de la mirada y del no responder, que uno cree que es un acto de docilidad, en verdad representa un acto de ninguneo si yo no te miro vos no existís, por lo tanto no me llega, no me afecta, no me toca nada de lo que me digas. Entonces cuando una mujer de la colectividad boliviana mira para abajo y no responde aprendimos a que en realidad lo que está haciendo es no dando entidad como personas o profesionales, y no va a hacer efecto lo que le digamos [...]. Estas son todas cuestiones culturales, que las hemos aprendido porque hemos gestionado reuniones, porque el nivel de frustración que teníamos era muy alto.

Como puede observarse en el relato de la Dra. García, el “choque cultural” tuvo un impacto muy fuerte en el equipo de salud generando un “alto nivel de frustración”. Es importante resaltar que los integrantes de este equipo de salud notaron que las normas que establecían desde un sanitarismo pedagógico-disciplinar, basados en un modelo médico hegemónico que intervenía desde el “saber científico”, no eran “escuchadas” ni “acatadas” por las mujeres migrantes usuarias del servicio. Entonces, se estableció en ellos (o al menos en parte del equipo) la necesidad de encontrar puentes o canales de comunicación.

En cuanto a la conducta de las mujeres descrita por la doctora, esta puede interpretarse como una respuesta resultante de “siglos de relaciones de tutela por parte de colonizadores, hacendados, docentes, médicos, curas, políticos, etcétera, que configuraron como estrategia de sobrevivencia el no dar a conocer de frente y de primera intención sus opiniones y creencias” (Arakaki *et al.*, 2006: 308).

La Dra. García continúa:

Nosotros trabajamos particularmente con la pastoral de migrantes, del culto luterano, pero que no tienen, bueno a ver, tienen una postura muy facilitadora, en cuanto al trabajo que hacemos nosotros del espaciamiento de hijos, todo lo que hacemos para los derechos sexuales y reproductivos. Nos dan una orientación, porque para nosotros es altamente frustrante, ¿por qué? porque uno siente que predica en el desierto. Podes pedir análisis, puedes pedir... y las mujeres no te escuchan, o no lo hacen y vienen a parir en condiciones tremendas, mi condición de profesional experto que dice, propone, solicita, ¿dónde queda? En este espíritu es que nos juntamos con estas mujeres.

Si bien expresa la necesidad de entablar canales de comunicación con estas mujeres, en su relato vincula la “frustración” del equipo con la sensación de “predicar en el desierto”. Ellos, los “expertos”, los “profesionales”, los referentes del saber biomédico, indican, proponen o solicitan intervenciones, y estas no son siquiera evaluadas o tenidas en cuenta por las mujeres migrantes. La postura etnocéntrica de la Dra. García es muy marcada y discursivamente

establece una relación de hegemonía/subalternidad en términos ideológico-culturales.

Parece que solo se reconoce como “cultural” al otro, desmarcando a las prácticas biomédicas como tales en el entramado de relaciones sociales entabladas. En este sentido, se hace presente cómo la cultura médica hegemónica y dominante en general no admite que la validez de su saber sea cuestionada, ya que la mayoría de los médicos entienden que operan con “verdades” y no con conocimientos históricamente contruidos y modificados.

En este caso, los doctores, como portadores del saber biomédico, necesitan encontrar la forma de aplicar “efectivamente” estos saberes a la población en cuestión. No se tienen en consideración las prácticas tradicionales y populares de atención de la salud y la enfermedad, propias de estos grupos, ni se respetan sus saberes. En todo momento se observa un profundo desconocimiento y una invisibilización de la medicina tradicional andina.

Las mujeres migrantes llevan además el estigma de la pobreza y la excusión social, lo cual también tiene implicancias en la atención de la salud “desde un enfoque etnocéntrico, las políticas sociales asistencialistas, de las que la salud pública no está exenta, se ejecuta una biopolítica de las poblaciones más pobres a partir de supuestos no cuestionados científicamente” (Arakaki *et al.*, 2006: 308).

Nos interesa destacar otro punto nodal del relato. Al percibir la necesidad de encontrar puentes o canales de comunicación, el equipo de salud organizó grupos de reflexión con el objetivo de conocer más acerca de la “otra cultura” (en este caso, las mujeres migrantes de la región andina). Entonces, se contactaron con un colectivo de la pastoral de migrantes. Llama nuestra atención que en este grupo de reflexión e intercambio no se haya incluido a las usuarias del servicio, a otras organizaciones de la sociedad civil, a parteras tradicionales, comadronas u otros actores fundamentales que podrían haber aportado diversidad de miradas y puntos de vista. En este sentido, la iniciativa pierde su potencial transformador de la práctica, ya que no parte de un verdadero reconocimiento de la diversidad cultural, que requeriría del establecimiento de relaciones horizontales, principalmente con las usuarias y practicantes de otros modelos de atención a la salud.

En el relato de la Dra. García también se visibiliza la falta de una política sanitaria que tienda a incorporar un enfoque intercultural en la formación del personal de salud. Según la médica:

... no son espacios formales de trabajo, son cosas que nosotras vamos gestionando y vamos proponiendo. No hay una política ni del hospital ni del gobierno de la ciudad. Hay un espacio en la dirección de capacitación con migrantes, ofrecen cursos. Digamos, sabemos que tenemos una cantidad grande de pacientes migrantes, con patologías que son propias del migrante. Entonces, bueno hay gente interesada en crear estos espacios [...]. Pero vuelvo a repetir son casos informales, que surgen de las inquietudes del equipo.

Para mejorar la calidad de la atención, una de las acciones más importantes es la capacitación intercultural en salud de los equipos. La misma propicia un trato digno y equitativo y mejora la relación médico- paciente. Asimismo, es indispensable “acompañar esta formación con la adecuación de los servicios de salud según las necesidades culturales y la incorporación de las

comunidades indígenas a la gestión y planificación de los servicios y la atención en salud". (Lerín Piñón, 2004: 124).

Tal y como analiza Fontán (2005) a partir de su experiencia en el Impenetrable Chaqueño, el esfuerzo inicial de toda propuesta transformadora debe orientarse hacia el propio sistema oficial de salud. Es necesario comenzar por la sensibilización de los diversos niveles de autoridad y del personal de los servicios, propiciando el cuestionamiento de la propia práctica y saberes, haciendo visible la posición sesgada de la medicina académica y situando histórica y contextualmente su mirada biologicista sobre los procesos de salud- enfermedad- atención.

En este sentido, resulta interesante puntualizar en los principios de la Atención Primaria de la Salud (APS) que fueron establecidos en la declaración de la Conferencia Internacional de Alma Ata en 1978 y adoptados por todo el mundo, convirtiéndose en la política con mayor nivel de consenso internacional en orden a garantizar el derecho a la salud. Allí se establece claramente la importancia del "respeto por las características culturales de las poblaciones en las cuales se procurase implementar esa estrategia" (Fontán, 2005: 170).

Sin embargo, Jacinta Burijovich (2009) problematiza cómo durante la década de 1990 la mayoría de los países latinoamericanos, en el marco de programas de ajuste estructural, "renunciaron a los principios universalistas e igualitaristas propios de la propuesta teórica original y han implementado políticas de APS con una concepción selectiva y focalizada en los grupos poblacionales más desprotegidos, operativizada mediante la definición de una canasta básica de prestaciones en el primer nivel de atención, pero sin integración con los niveles de mayor complejidad asistencial" (Burijovich, 2009:28). Para la autora, esta concepción restringida de la APS, más los complejos procesos de formulación e implementación de políticas, han producido importantes desigualdades en el acceso a los servicios sanitarios y a la garantía del derecho a la salud.

En cuanto a la pregunta sobre las diferencias culturales percibidas en las mujeres migrantes de la región andina con relación al embarazo, el parto y el puerperio, la Dra. García comenta:

Lo que para nosotros es la medicina oficial, no es nada oficial para ellas. Para ellas el embarazo es normal y sigue su curso normal, no se hacen controles. Muchas tienen partos domiciliarios [...] las une una enorme desconfianza al sistema médico oficial, que no entiende su cosmovisión, de la salud, la pareja [...] por ejemplo nos explicaron que ellas tienen mucho pudor, que un examen físico para ellas no es lo mismo que para cualquier otra mujer, que exhibir sus partes íntimas es como si las lesionara. Entonces nos propusieron que fuéramos más cuidadosas en esto. Como si tuviéramos algún tipo de contemplación en ese sentido [...] además nos hicieron entender que para estos personajes la dñada se formaba con el matrimonio. Que el matrimonio es una comunión de dos personas, donde ninguno de los dos está separado del otro. Y que no había una cuestión de género, de asimetría de poder o de que la mujer no existiera, sino que había un verdadero complemento con su marido en las decisiones [...]. Y eso también lo tuvimos que aceptar en la elección del método anticonceptivo como... bueno, está bien, consultalo con tu marido, tomá, te damos todo escrito y después volvé. Y no sentirnos nosotras una fracasadas porque las mujeres no elegían un método anticonceptivo. Nosotras decíamos no les llegamos, no les llega nuestra palabra, no les importa, que se yo. [...] Nos explicaron que en la comunidad, en su tierra, uno toma prevalencia social cuando forma pareja. Y es la pareja el motor de la familia. Y que cuantos

más hijos tienen, más importantes son en esa sociedad y que por lo tanto también es un cambio decirles, bueno, no tengas más chicos, mirá, tenés que espaciar el nacimiento de tus hijos. Acá más de dos no podés tener. ¿Desde qué lugar se lo estamos diciendo? Entonces bueno, no te digo que está todo divino, pero empezamos a aceptar que hay otras visiones y que bueno, nosotros creemos que esto es lo mejor, pero ellas pueden creer que no. Y en la medida en que se vayan adaptando van a ir entendiendo.

Como puede observarse en el relato, la fecundidad, la maternidad, los valores o desvalores asociados a ella, están determinados por los múltiples contextos en que las mujeres y sus familias se inscriben. Esto pone en evidencia cómo cada sociedad elabora, en su cultura, una visión del mundo y un saber particular sobre el cuerpo. La forma en que el propio cuerpo y la sexualidad son experimentados y delimitados se inscribe dentro de complejas relaciones de poder; y, en este sentido, el modelo médico hegemónico ha reducido históricamente la sexualidad de las mujeres a su condición reproductiva y las ha sujetado a control social e institucional que apuntan a vigilar especialmente el cuerpo femenino, en tanto que cuerpo para la reproducción.

En el marco de esta problemática, Flabián Nievas (1998) señala que la ginecologización es la operatoria específica de intervención sobre la mujer, la forma en que el saber biomédico la significa y “le confiere un estatus que trasciende las fronteras técnicas de la medicina y se instala en lo social, definiéndola integralmente; reinventándola socialmente como sujeto reproductor tutelado” (Nievas, 1998: 187).

En el relato, la Dra. García se refiere a las mujeres migrantes como “personajes” y constantemente persiste la idea de que estas mujeres deben “adaptarse para entender”. En el uso de este tipo de términos no se evidencia una posición respetuosa de los saberes y la cosmovisión de estos pueblos. Resulta evidente que tanto los médicos como los demás trabajadores del sistema oficial de salud, deben “procesar la existencia de otros saberes, de otros modelos de relación humana, de lo importante y al mismo tiempo relativo de su propio saber, del descubrimiento que vincula prácticas y creencias hasta hoy muy extrañas para ellos a verdaderos sistemas de pensamiento o cosmovisiones” (Fontán, 2005: 181).

Por otro lado, retomando una caracterización de Kabeer (1999) sobre políticas sociales con enfoque de género, distinguimos entre políticas integradoras que son aquellas intervenciones que buscan una mayor integración de la mujer a los procesos de desarrollo; y políticas transformadoras cuyo objetivo es operar transformaciones de fondo en las causas de la desigualdad de género

En la Argentina se ha identificado la falta de control de la natalidad como una de las causas de que las mujeres no puedan participar activamente en procesos de desarrollo y, por tanto, se han diseñado programas de “planificación familiar” dirigidos a las mujeres. Sin embargo, una política transformadora debería acompañar estos programas con talleres para fortalecer la responsabilidad de los hombres en cuestiones de “planificación familiar” y principalmente, en las tareas de cuidado y las responsabilidades domésticas.

Nancy Fraser (1997) sostiene, a este respecto, que las políticas sociales deben priorizar la trascendencia de la equidad de género para cualquier solución satisfactoria. Sostiene que tanto

la equidad “racial”-étnica como la equidad de género, constituyen ideas complejas que comprenden una pluralidad de principios normativos distintos. Estas ideas deben ser trabajadas y analizadas en profundidad, para luego poder usarlas “para evaluar las concepciones alternativas del Estado benefactor postindustrial” (Fraser, 1997: 72).

A su vez, las intervenciones desde el sistema de salud pueden plantearse desde dos perspectivas distintas, cada una de las cuales corresponden a diversos tipos de políticas sociales. Según la Dra. García, en la institución aquí analizada se sostiene una concepción unilateral de la planificación, conforme a la cual la gestión y la planificación quedan en manos del efector de salud. Pero existe una segunda perspectiva de abordaje, para nosotros más acorde con el cumplimiento efectivo de los derechos y la estrategia de APS, que se basa en la incorporación de la comunidad, de los usuarios o destinatarios de las políticas, como parte estratégica en la planificación y en la gestión de la atención en salud.

El ejercicio del derecho a la salud implica también que otros derechos estén garantizados. Es decir, “se deberá tener el derecho a la libertad de elección, el derecho a la identidad cultural, el derecho a la participación en el diseño, ejecución y fiscalización de las políticas públicas, entre otros” (Buriyovich, 2009: 30).

Con relación a los partos institucionales, le preguntamos a la Dra. García por el significado del término nativo “parto respetuoso”, ya que lo habíamos oído recurrentemente dentro equipo.

Bueno, nosotros tenemos esta cuestión con lo que se llama el parto respetuoso. No quiere decir que no las insultamos o no les pegamos a las mujeres. Lo que quiere decir es que se respetan los tiempos y el mecanismo del trabajo de parto. Nosotros ahora estamos favorecidas porque tenemos dos salitas TPR individuales, con un bañito propio, donde las mujeres pueden caminar y tienen algunas ventajas para tener el parto vertical. Pero antes también, cuando teníamos sala comunitaria como en muchos hospitales, también hacíamos estas cosas. Dejábamos que las mujeres eligieran libremente su posición para el parto. Porque en realidad, también, es como una definición mental o política de cómo se tienen que hacer las cosas. Porque sino no explicarías que hay un montón de lugares que tienen salas TPR y que las mujeres siguen pariendo acostadas. ¿Entendés? Entonces esto es como un cambio. De la misma manera que venimos trabajando sobre los derechos, también se trabaja sobre el parto respetuoso, en el sentido de que las mujeres eligen cómo parir. Siempre y cuando no haya una interconferencia médica.



Figura 2. Puerta de una de las salas TPR del hospital. Por la ventana puede observarse una especie de “soga” hecha con telas que cuelgan del techo. Sirve para que las mujeres puedan hacer fuerza y balancearse durante el trabajo de parto. Esta idea fue traída por el equipo de obstetricia luego de su pasantía en el Hospital de Bérgamo, Italia; al que viajaron en el marco de un proyecto de intercambio para capacitarse, 31 de agosto de 2012.

Estas salas de parto TPR (Trabajo de Parto, Parto y Recuperación) están en línea con la Ley Nacional 25.929 de Parto Humanizado, sancionada por el Congreso Nacional en el año 2004. Esta Ley sostiene, entre otros puntos, que la madre debe ser informada sobre las distintas intervenciones que pudieran tener lugar durante el parto y optar libremente entre las diferentes alternativas existentes, tener intimidad durante todo el proceso asistencial, ser tratada con respeto y teniendo en consideración sus pautas culturales. A su vez, el equipo de salud debe evitar prácticas invasivas y el suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer. Asimismo, esta ley indica que toda mujer tiene derecho a estar acompañada, en el transcurso del trabajo de parto, parto y postparto, por la persona que ella designe.

Al consultarle a la doctora sobre cómo surgió la idea de las salas TPR y de dónde obtuvo presupuesto el hospital para implementarla, nos responde:

En realidad tuvimos el apoyo económico que generó la directora del hospital con el gobierno de Bérgamo. En conjunto con el Ministerio de Ayuda Externa Italiano y el gobierno de Bérgamo se pudo hacer un proyecto que tuvo dos patas. La primera pata fue la de estructura para el hospital y la segunda pata fue la de intercambio de profesionales. Nosotros fuimos allá y pudimos ver cómo era.

En conjunto con la falta de políticas sociales que tiendan a incorporar un enfoque intercultural de la salud en la ciudad de Buenos Aires, llama nuestra atención que esta iniciativa aislada y no formal, surgida del propio efector, busque referencias, apoyo económico y antecedentes en políticas sanitarias europeas, sin rescatar las valiosas experiencias contrahegemónicas llevadas adelante en diversos países de América Latina.

Respecto a la implementación de las Salas TPR, Menéndez nos aporta una línea crítica para su análisis. Según este autor, la biomedicina tiende a expandirse continuamente, tanto de

manera directa como indirecta, sobre las prácticas y representaciones populares. En algunos casos, se constituye en parte de ellas y en otros casos, exige que otras formas de atención de la enfermedad ocupen un lugar subalterno. Esto supone, en casos como los de las salas TPR, “la apropiación de dichas formas de atención, a partir de incluirlas en su racionalidad técnica e ideológica” (Menéndez, 1994: 80).

Retomando los planteos de Lerín Piñón (2004) sobre el papel de los organismos internacionales y la falta de visibilización de los aspectos conflictivos y en permanente cambio de los procesos de interculturalidad, nos interesa resaltar que, al preguntarle a la Dra. García sobre el rol de las parteras tradicionales en este proceso, ella respondió de modo taxativo:

No. La partera tradicional acá no. Vos sabés que hubo un estudio de la OMS muy grande que demostró que no tenía ningún efecto esa persona. Que al contrario, se complicaban las cosas.

Además, al indagar sobre lo que sucede si una mujer solicita llevarse la placenta, la doctora responde:

No tenemos una norma hecha. Y si nosotros tratáramos de hacer una norma con eso no habría forma. Le explicamos, mire, es material biológico, no podemos sacarlo porque contamina en la ciudad. Algunas mujeres a veces insisten mucho y se lo damos. Pero no es oficial. No es oficial porque es contaminante. Es complejo.

Como puede observarse, no existe articulación y diálogo entre los modelos de atención. Por el contrario, la Dra. García considera (basada en “un estudio de la OMS”) que la figura de la comadrona o partera empírica de la medicina tradicional es contraproducente, ya que puede “complicar las cosas”. Se observa aquí una fuerte resistencia por parte del equipo, que no permite considerar la multiplicidad de factores, actores y concepciones que intervienen en lo que se denomina salud y que no se construye de igual manera para todos, ni desde un solo lugar.

Las comadronas o parteras tradicionales forman parte del llamado “sistema no formal de salud”. Sin embargo, en este equipo existe una fuerte resistencia a la revalorización de concepciones y prácticas médicas no oficiales. Se presenta entonces un conflicto de valores y de lo que se considera “verdad” (saberes, principios).

Para Menéndez, “dada su concepción ideológico-técnica, la biomedicina relega o descalifica los procesos de eficacia simbólica y no parece preocupada por el papel de los curadores populares en los procesos de integración y pertenencia cultural” (Menéndez, 1994: 79). Por ello, consideramos que el hecho de que el personal de salud desconozca la cosmovisión de estas comunidades, así como sus conceptualizaciones de los procesos de salud-enfermedad y sus prácticas de atención, constituye una fuerte barrera de acceso al sistema público de atención; que imposibilita la escucha mutua, el reconocimiento del otro, el diálogo y el enriquecimiento mutuo.

Respecto al problema de la placenta, es interesante mencionar que en la experiencia que

describe Fontán lograron la aceptación de “la entrega de la placenta a la familia, en una bolsita plástica herméticamente cerrada” (2005: 182). Al igual que en este caso, habría que evaluar la posibilidad de una modificación de las normas sanitarias acerca de la eliminación de residuos patológicos para concretar este acto de respeto hacia las prácticas de dichos pueblos.

A partir de todo lo expuesto, afirmamos que es fundamental analizar y problematizar todas las implicancias que puede conllevar el imponer ciertas intervenciones sanitarias en poblaciones con una identidad cultural y étnica diferente de la que originó aquellas intervenciones.

Lerín Piñón (2004) sostiene que la propuesta de aplicar el enfoque intercultural en salud implica la modificación de creencias, conductas y trato del personal de las instituciones y los equipos de atención. Estos deben, ante todo, respetar las diversas culturas y su derecho a la diferencia. Para llevar adelante construcciones contrahegemónicas es “fundamental lograr la asimilación por parte del equipo de la existencia de otros marcos conceptuales, y la consecuente relativización del propio, la admisión de la eficacia relativa de otras medicinas y la de que las prácticas médicas aborígenes no son un conjunto de sinsentidos, sino que poseen una racionalidad pero distinta a la occidental” (Fontán, 2005: 184).

### **Comentarios finales**

Desde la Declaración de Alma Ata han existido muchísimas resistencias y obstáculos en todo el mundo para la implementación de la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS). Particularmente en América Latina, a partir de la década de los ochenta comienza a hacerse dominante y hegemónica la perspectiva neoliberal con relación al rol del Estado y sus políticas sociales. En este contexto, muchos países optaron por convertir esta estrategia “en una política estatal diferenciada, dirigida a los más pobres y cuyo único objetivo era reducir el gasto en salud” (Buriyovich, 2009: 35). Durante este período, se ejecutaron programas específicos a través de intervenciones selectivas y sin abordar la necesaria reorganización del sistema de salud.

Hacia finales de la década de 1990 comenzaron a hacerse evidentes los efectos de las políticas de ajuste neoliberal sobre las poblaciones más vulnerables. En este marco, tanto la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la Organización Panamericana de Salud (OPS) deciden iniciar un proceso de debate y reconceptualización que apuesta a renovar el compromiso con los principios originales de la estrategia de APS como estrategia fundamental para alcanzar los Objetivos del Milenio acordados en las Naciones Unidas. A partir de este proceso, la OPS vuelve a insistir en la estrategia de APS desde una perspectiva integral, que atraviesa la totalidad del sistema de salud y que se constituye en la manera más adecuada de garantizar el derecho a la salud de forma universal e igualitaria. Sin embargo, es necesario remarcar que “este movimiento de renovación de la APS está caracterizado por el fuerte sesgo prescriptivo habitual en estas organizaciones sanitarias internacionales” (Buriyovich, 2009: 28).

En el presente trabajo consideramos imposible la aplicación universal de programas de acción sanitaria cuasi estandarizados, ya que cada país (y dentro de ellos, cada territorio) posee su especificidad histórica y cultural de la que la política sanitaria constituye una dimensión. Por

tanto, el objetivo de lograr la transversalidad de la APS debería apoyarse “en la construcción de consensos interinstitucionales y no en la imposición u orientación sobre ‘recetas’ de políticas provenientes ‘desde arriba o desde afuera’” (Buriyovich, 2009: 44).

Asimismo, Boccara (2007) Fassin (2004) y Menéndez (1994) sostienen que es necesario repolitizar el campo de la salud intercultural en particular y de la salud pública en general, ya que tiene que ver fundamentalmente con el gobierno de los cuerpos y con una forma de control social. La salud no está desconectada del resto de los problemas estructurales, políticos, sociales y económicos que enfrentan las comunidades indígenas. Boccara se refiere a un doble proceso de “culturalización” y “despolitización” de la salud, en el cual la pobreza es aprehendida como un “hecho natural”, y no se habla de la producción social de las desigualdades entre las distintas clases sociales o grupos étnicos, sino que se reduce a un problema de acceso a los servicios sanitarios ofrecidos o de incompreensión cultural.

En síntesis, la salud no está dada sino que se produce socialmente y constituye al mismo tiempo significado y significativo del cambio social, “no se reduce a las dimensiones de lo corporal y lo médico, toca también aspectos jurídicos, morales, intelectuales y tecnológicos que el reduccionismo sanitarista tiende a escamotear” (Fassin, 2004: 293).

Nancy Fraser (2008) sostiene que actualmente existen dos tipos de reivindicaciones de justicia social. El primero, más conocido, es el que llama “política de redistribución” y está constituido por las reivindicaciones que pretenden una distribución más justa de las riquezas y de los recursos. El segundo tipo de reivindicación es para Fraser el de la “política de reconocimiento”, “aquí, el objetivo, en su forma más verosímil, es un mundo que acepte la diferencia, en el que la integración en la mayoría o la asimilación de las normas culturales dominantes no sea ya el precio de un respeto igual” (2008: 83).

A partir del análisis del relato de la Dra. García, se desprende que estas mujeres, pobres y migrantes combinan características de clase explotada junto con otras de una sexualidad despreciada. Fraser denomina a estos grupos como “bidimensionalmente subordinados” y considera que “padecen tanto una mala distribución como un reconocimiento erróneo en formas en las que ninguna de estas injusticias es un efecto indirecto de la otra, sino que ambas son primarias y co-originales” (2008: 91). Por tanto, no basta ni una política de redistribución ni una de reconocimiento por si solas, sino que se hace necesario el diseño de políticas sociales integrales que contemplen ambas dimensiones de la justicia social.

A su vez, consideramos que la intersección de problemas complejos hace necesaria una reflexión y un cuestionamiento constante de la propia práctica por parte del equipo de salud. En este sentido, consideramos que el enfoque “intercultural” que se utiliza en esta institución termina reduciendo las relaciones entre los grupos a una mera cuestión de problema comunicativo.

Evitar el desencuentro entre culturas, particularmente en los servicios de salud que se proporcionan a la población indígena o migrante, depende en gran parte de la sensibilización, formación y competencia técnica y humana del personal de salud.

Por último, resaltamos la importancia de la participación social en salud, teniendo en cuenta

que el uso de la retórica participativa y el planteamiento de objetivos que promueven la participación no son suficientes para producir los cambios estructurales, culturales e institucionales que hagan lugar a la transferencia de poder necesaria para poder producir participaciones significativas. A partir del reconocimiento de esta complejidad, entendemos que las acciones e intervenciones en salud deben contener, siguiendo los planteos de Sirvent (1984), la “participación real” de la comunidad en todas las etapas del proceso de cambio: toma de decisiones políticas/ implementación/evaluación.

En el caso de los pueblos indígenas y la población migrante, sostenemos que ellos son los que mejor conocen su cultura, sus necesidades en materia de salud y las respuestas que deben instrumentarse articuladamente. El diálogo entre las culturas es la base para la generación de modelos interculturales de salud en los cuales el concepto de bienestar trascienda al de salud biomédico e incorpore como parte constitutiva a la medicina tradicional. La interculturalidad reconoce las diferencias y, a partir de ellas, permite la autodeterminación de los pueblos, en el sentido de construir y reconstruir la organización social, con sus respectivas cargas simbólicas, a partir de lo que cada cultura es y elige conservar, transformar o crear.

Para finalizar el presente trabajo, destacamos que el análisis aquí expuesto resulta necesariamente parcial y no pretende agotar la discusión, sino abrir nuevas preguntas y canales para la reflexión.

### Notas

- (1) En el pabellón D se encontraban, entre otras, las oficinas de la dirección del hospital. Tanto esta como otros servicios y oficinas tuvieron que trasladarse a distintos sectores. Según lo averiguado a través de los trabajadores del hospital, aún no se han finalizado las obras de reconstrucción y reparación del pabellón.
- (2) Según la página web del hospital, el entonces llamado Hospital Vecinal de Flores fue inaugurado en enero de 1897.
- (3) A pesar de la estructura pabellonada del hospital, en el caso particular del servicio de obstetricia, todas las prestaciones se realizan en un mismo pabellón (guardia, consultorios externos que incluyen el ámbito de salud reproductiva, internación y diagnóstico prenatal).

### Bibliografía

- Arakaki, Jorge *et al.* (2006) “Salud Reproductiva e Interculturalidad”. *Salud Colectiva* 2 (3): pp. 299- 316.
- Boccaro, Guillaume (2007) “Etnogubernamentalidad: la formación del campo de la salud intercultural en Chile”. *Chungara, Revista de Antropología Chilena* 39-2: pp. 185-207.
- Burijovich, Jacinta (2009) “La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud?”. *Salud Colectiva* 5 (1): pp. 27-47.
- Colmegna, Paula (2012) “Introduciendo una perspectiva de género en los procesos de desarrollo. V Clase Virtual”. *Seminario Antropología del Desarrollo y las Políticas Sociales*. Maestría en Antropología Social. FLACSO.
- Fraser, Nancy (1997) “Después del salario familiar: Un experimento conceptual postindustrial” (Capítulo 2). *Iustitia Interrupta. Reflexiones críticas desde la posición “postsocialista”*.

- Bogotá, Universidad de los Andes, Siglo del Hombre.
- Fraser, Nancy (2008) "La justicia social en la era de la política de identidad: redistribución, reconocimiento y participación". *Revista de Trabajo*. Año 4. Número 6: pp. 83-99.
- Fassin, Dider (2004) "Entre las políticas de lo viviente y las políticas de la vida: hacia una antropología de la salud". *Revista Colombiana de Antropología* 40: pp. 238-318.
- Fontán, Marcelino (2005) "Salud. Procreación. Hegemonía". En Isla, Alejandro y Colmegna, Paula: *Política y Poder en los procesos de Desarrollo: Debates y posturas en torno de la aplicación de la antropología*. Buenos Aires. Editorial de las Ciencias.
- Lerín Piñón, Sergio (2004) "Antropología y salud intercultural: desafíos de una propuesta". *Revista de Antropología Social Desacatos. México*. 15- 16: pp. 111- 125.
- Menéndez, Eduardo L. (1985) "Aproximación crítica al desarrollo de la antropología médica en América Latina". *Revista Nueva Antropología*. México. VII. 28: pp. 11- 27.
- Menéndez, Eduardo L. (1994) "La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional?". *Revista Alteridades*. 4 (7): pp. 71- 83.
- Nievas, Flabián (1998) *El control social de los cuerpos*. Buenos Aires. Eudeba
- Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (2011). *Políticas de Salud Sexual y Salud Reproductiva. Avances y Desafíos. Balance 2003- 2011*. Buenos Aires. Ministerio de Salud de la Nación.
- Sirvent, María Teresa (1984) "Estilos participativos: ¿sueños o realidades?". *Revista Argentina de Educación*. Buenos Aires. Año 3. Número 5.