



Madres indígenas enfrentan más de tres demoras: Los desafíos de la interculturalidad en salud Indigenous mothers face more than three delays: The challenges of multiculturalism in health

Roosta-G Manigeh*

Datos del Artículo

¹Postgrado en Ciencias del desarrollo,
Universidad Mayor de San Andrés
(CIDES-UMSA), Calle 3 de Obrajes,
No. 515, La Paz, Bolivia.
Telf. +(591-2) 2786970.

***Dirección de contacto:**
Fundación-CIDES-UMSA
Obrajes, calle 3 No. 515 y Av. 14 de
Septiembre, la Paz, Bolivia. Tel: +591-2-
2786970.

Roosta-G Manigeh
E-mail address :
cidesmanigeh27@yahoo.com

Palabras clave:

Salud/muerte materna,
interculturalidad,
tres demoras.

J. Selva Andina Res. Soc.
2015; 6(2):64-74.

Historial del artículo.

Recibido febrero, 2014.
Devuelto mayo 2015
Aceptado julio, 2015.
Disponible en línea, agosto, 2015.

Editado por:
**Selva Andina
Research Society**

Key words:

Maternal
health / mortality,
interculturality,
three delays.

Resumen

A pesar que la razón de la mortalidad materna en Bolivia descendió de 416 (1989) a 229 (ENDSA 2003) muertes por cada cien mil nacidos vivos, todavía es una de las más altas de la región. Al ser un promedio nacional, oculta diferencias rural-urbanas, socio-económicas y la realidad propia de las poblaciones indígenas. La mortalidad materna es todavía uno de los mayores desafíos a nivel nacional.

La reducción de la mortalidad materna, además de las medidas técnicas-clínicas y la oferta de servicios, requiere prestar especial atención a los aspectos socio-culturales que obstaculizan el acceso a los servicios de salud.

Este artículo examina los desafíos que las madres indígenas enfrentan para acceder a los servicios de salud. Además de las barreras geográficas, económicas y administrativas que generan demoras en el acceso a los servicios de salud, existen otras que se presenta en el contexto de la interculturalidad que resultan de actitudes discriminatorias ejercidas en los centros de salud.

Los testimonios de las madres indígenas evidencian las demoras que se enfrentan en los centros de salud a raíz de prejuicios y discriminaciones sufridas, que ponen en riesgo la vida de las madres y sus bebés.

El estudio propone además la necesidad de profundizar lo que significa la interculturalidad como una estrategia acertada en salud, a fin de promover la equidad y la justicia social en el horizonte de sociedades más inclusivas.

© 2015. *Journal of the Selva Andina Research Society. Bolivia. Todos los derechos reservados.*

Abstract

Although the maternal mortality ratio has descended in Bolivia from 416 (1989) to 229 deaths (DHS 2003) per one hundred thousand live births, it is one of the highest in the region. As a national average, the ratio conceals the rural-urban, socio-economics differences and the reality of the indigenous population. Maternal mortality is one of the major challenges at national level.

Reduction of maternal mortality, in addition of technical-medical measures offering health services, requires to focus on socio-cultural aspects that hamper the access to health services.

This article examines challenges faced by indigenous mothers accessing the health services. In addition to the geographic, economic and administrative barriers that generate delays in access to the health services, there are others that are presented in the context of multiculturalism resulting from discriminatory attitudes exercised in health centers.

The testimonies of indigenous mothers show delays faced in health centers because of prejudice and discrimination suffered, threatening the lives of mothers and their babies.

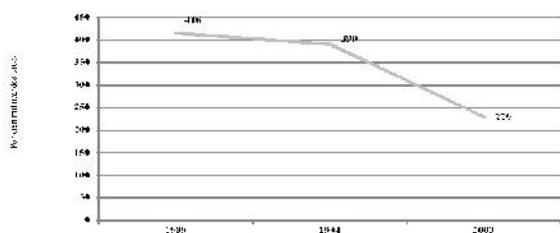
The study also suggests the need to deepen the concept of multiculturalism as a successful strategy in health, in order to promote equity and social justice on the horizon of more inclusive societies.

© 2015. *Journal of the Selva Andina Research Society. Bolivia. All rights reserved.*

Introducción

A pesar de que existe una reducción significativa, Bolivia todavía reporta una de las cifras más altas de mortalidad materna en la región (UDAPE 2010). Por ejemplo, mientras que en 1989 la razón de mortalidad materna registraba 416 muertes maternas por cien mil nacidos vivos, para el año 2003 esta cifra se redujo a 229 muertes maternas. Pese a ello, esta cifra aún es la más alta en comparación con los países vecinos, que reportan cifras de alrededor de 50 muertes por cada cien mil nacidos vivos (UDAPE 2010).

Figura 1 Razón de la Mortalidad Materna, Bolivia 1989-2003



Séptimo informe de progreso de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en Bolivia. Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas

A pesar de que en el país no existen datos oficiales desagregados por región y origen étnico, debe resaltarse que las cifras existentes son promedios nacionales y no dan cuenta de la realidad de la población residente en áreas rurales o pertenecientes a diferentes grupos étnicos. Reducir la mortalidad materna en el país se constituye en uno de los mayores desafíos, especialmente en los contextos de interculturalidad. Según la Declaración de Ministros (2011), los niveles de muerte materna, especialmente los pertene-

cientes a las poblaciones indígenas, son inaceptablemente elevados y sobre todo prevenibles, sea que estas muertes ocurran fuera o dentro de los hospitales.

La interculturalidad es una de las características más destacadas de Bolivia. El reconocimiento de la existencia de 36 naciones indígenas originarias en la nueva Constitución Política del Estado, y la auto identificación de un porcentaje importante de población con cada una de ellas confirman la diversidad étnica y cultural del país. Asimismo, tanto las migraciones rural-urbana así como las que ocurren entre diferentes regiones no sólo permiten visibilizar esta diversidad, sino que contribuyen significativamente al carácter intercultural de la población a escala nacional.

En este marco, enfrentar el desafío de reducir las altas cifras de mortalidad materna no puede restringirse solamente a aspectos clínicos o a la oferta de servicios en hospitales y centros de salud, sino que debe examinar y analizar las barreras de acceso a estos servicios. Además de las barreras de acceso geográfico por las distancias y carencias económicas, existen las barreras lingüísticas y culturales, el trato discriminatorio hacia las madres y la carencia de calidez humana por parte de los proveedores de servicios en los centros de atención. Esta situación demanda un abordaje culturalmente sensible en el sistema de salud, comenzando desde el desarrollo de la sensibilidad de los recursos humanos, la participación de los pueblos indígenas en la toma de decisiones, el monitoreo y evaluación de las políticas de salud, hasta la adecuación de los ambientes, horarios y otros aspectos logísticos en los mismos cen-

tros de atención. La indiferencia hacia las barreras culturales de acceso se constituye en una violación de los derechos fundamentales de las mujeres indígenas.

La Declaración de las Naciones Unidas (2007) reafirma los derechos de los pueblos indígenas a disfrutar de los niveles más altos posibles de salud física y mental, recomendando a los Estados implementar las medidas necesarias para el logro progresivo de estos derechos. Cabe mencionar que esta Declaración fue ratificada por el gobierno nacional mediante la Ley N° 3760 (7 de noviembre de 2007) como reconocimiento de los derechos de los pueblos indígenas. En este sentido, las discusiones sobre la salud materna y la interculturalidad apuntan principalmente hacia su aplicación e implementación en cumplimiento de los derechos humanos fundamentales en el horizonte de la equidad y la justicia social.

Los sistemas de salud se desarrollan en direcciones que contribuyen poco a la equidad y la justicia social y, por lo tanto, al logro de mejores resultados. El reporte de la OMS (WHO 2008) sobre atención primaria, luego de reconocer los logros alrededor del mundo durante la década de 2000, discute las crecientes brechas sociales que todavía existen. Dicho documento admite que los progresos sustanciales en la salud en las décadas recientes han sido profundamente desiguales entre y dentro de los países, haciendo que la salud contribuya poco a la equidad y la justicia social. El informe recomienda que se asegure que el sistema pueda lograr esas metas y acabe con la exclusión social, reconociendo la importancia de las dimensiones sociales, las que van más allá de los asuntos meramente técnicos y clínicos. Es en este marco que la interculturalidad es abordada en el ámbito de la salud materna, consi-

derándola como una etapa más en la construcción de sociedades más inclusivas.

La muerte materna no se da en un vacío social. Las condiciones socio-económicas de la gente pueden determinar la mayor parte de los problemas de salud; sin embargo, en las políticas de salud el tratamiento de las enfermedades constituye el enfoque principal, no considerando las intervenciones necesarias sobre tales condiciones (OMS 2005). Los aspectos socio-económicos no sólo describen las circunstancias de la muerte materna, sino también pueden incidir en la toma de decisiones a la hora de acceder y recibir atención oportuna y de calidad. En este sentido, el presente artículo se enfocará en los factores socio-económicos y culturales que causan demoras a la hora de acceder y recibir atención adecuada y oportuna en los hospitales y los centros de salud.

Estudios empíricos demuestran que la muerte materna puede ser resultado de demoras producidas en varias instancias, tanto aquellas vinculadas a la toma de decisión por parte de la madre y su familia en el hogar, como las demoras generadas en el camino y, por último, las demoras producidas en los centros de salud. La demora en estas tres instancias, a saber: hogar de la paciente, camino al centro de salud y en el hospital, pueden llevar a resultados fatales (Thaddeus & Maine 1994):

La primera demora en el hogar se produce por factores que tienen que ver con el proceso de toma de decisión ante una situación de emergencia para buscar ayuda médica. La intervención del esposo y familiares, la autonomía de la madre para tomar la decisión, factores económicos de costo y oportunidad, y experiencias previas con el sistema formal de salud generalmente producen demora para tomar la decisión de acudir al centro de salud. La demora en la toma de una decisión oportuna en el ámbito de hogar muchas veces genera resultados fatales para la sobrevivencia de la madre y su bebé.

La segunda demora en llegar al centro de salud es otro reto importante, pero que está totalmente fuera del control de la madre. Factores como la cercanía/distancia del centro de salud, la disponibilidad y costo de transporte y la condición climatológica y de los caminos generan demoras significativas. Esta demora se agudiza aún más para las madres que habitan en áreas rurales, pues muchas veces deben caminar por largas horas, las que pueden resultar fatales para la sobrevivencia de la madre.

La tercera demora se produce en los centros de salud, generalmente tiene que ver con la ausencia del personal calificado, la carencia de medicamentos y equipos, los trámites administrativos y/o el mal manejo clínico. Obviamente no se pretende tomar a estas instancias de manera independiente, ya que de una u otra manera las tres demoras están interrelacionadas. Además las demoras se van acumulando, a saber: la primera demora (hogar) sumada a la segunda demora (traslado), agravan la situación de la madre al llegar al hospital.

Este marco de referencia permite evitar la polarización de las causas de la mortalidad materna sólo entre factores individuales e institucionales que impiden la atención oportuna y de calidad. Identificar los factores que contribuyen a cada demora permite además definir estrategias diferenciadas para abordar el desafío mayor que es la reducción de la mortalidad materna (Thaddeus & Maine 1994). El siguiente testimonio (extracto) puede ilustrar claramente la agonía de una madre y sus familiares a raíz de la ausencia de la partera y/o médico, la falta de medicamentos y por los trámites administrativos en el hospital, factores que en ningún caso están bajo el control de la madre y sus familiares:

... hasta que lucharon para sacar la tarjeta de admisión, hasta que ella fue admitida, hasta que su carpeta fue elaborada, hasta que la partera fue llamada, hasta que la partera terminó de comer, hasta que la partera vino,... hasta que su esposo fue a comprar las guantes, hasta que las guantes fueron traídos al hospital, ... hasta que la partera examinó a la mujer, hasta que la hemorragia comenzó... hasta que el doc-

tor fue buscado, hasta que el doctor vino... hasta que el marido firmó formulario del consentimiento informado, la mujer murió! (Thaddeus & Maine 1994).

Obtener la atención médica comienza con el reconocimiento de los signos y la decisión de buscar asistencia médica, pero esta decisión está condicionada por la experiencia (propia o ajena) de las ocasiones previas. Recuerdos y memorias como el del anterior testimonio generalmente llevan a la madre y a su familia a hacer varios esfuerzos para resolver el problema en la casa, con la esperanza de que no sea necesario acudir al centro de salud. De este modo se pospone una decisión que muchas veces resulta en el agravamiento de los síntomas, poniendo en riesgo la vida de la madre y su bebé.

Luego de describir las barreras que generan demoras en los hospitales, se enfocará la discusión hacia las barreras que se presentan en los contextos de interculturalidad como resultado de las actitudes discriminatorias del personal médico en los centros de salud.

Parto-postparto y mortalidad materna. Los estudios clínicos evidencian que cerca de 75% de las muertes maternas se relacionan con complicaciones obstétricas, gran parte de las cuales pueden ser prevenidas con atención oportuna (Thaddeus & Maine 1994). Una situación similar se presenta en Bolivia, donde cerca de 57% de las muertes maternas ocurren durante el parto y 22% durante el periodo de postparto (Padilla 2014), en ambos casos prevenibles. Por lo tanto, la atención especial en el momento del parto y del periodo de postparto es decisiva para prevenir y reducir la mortalidad materna.

Las demoras en el hospital pueden tener un impacto mayor en la sobrevivencia de las madres por la convergencia de dos circunstancias: (i) por el alto riesgo de mortalidad materna durante el parto y periodo postparto, como evidencia el gráfico; y (ii) porque

muy a menudo, la llegada de la madre embarazada al hospital trae acumuladas demoras de las dos instancias previas (hogar y traslado al hospital) y, por lo tanto, ella está en una situación más vulnerable. En este contexto, es crucial eliminar, en lo posible, las barreras que generan demoras en el hospital o en los centros de salud, las cuales son críticas/cruciales para la sobrevivencia de las madres.

Figura 2 Censo nacional de Población y Vivienda (CNPV) 2012 Padilla 2014.



La interculturalidad y la otredad en los hospitales y los centros de salud. Por las características eminentemente interculturales del país, los servicios de salud, además de cuidar aspectos técnicos y clínicos, necesitan profundizar las implicaciones de la interacción con pacientes de diferentes grupos étnicos. Los reclamos sobre la falta de sensibilidad cultural y actitudes discriminatorias experimentadas por las madres indígenas describen parte de las barreras culturales que ellas deben enfrentar en los centros de salud.

Los testimonios reclaman la falta de conocimiento del idioma por parte del personal médico, la presencia de comunicaciones deficientes, burlescas, agresivas e irrespetuosas, la falta de respeto a la privacidad según sus normas culturales, el desconocimiento y/o rechazo de sus prácticas culturales, la ausencia de empatía hacia su estado y situación, el ejercicio de prácticas médicas agresivas y el abuso de poder generan tensiones y malestares emocionales,

los cuales son una clara violación de sus derechos humanos fundamentales:

Entonces cuando llego ahí al hospital, me dicen '¡no, dejen a esa ayorea ahí!, ¡pero si es de Rincón del Tigre... pa' qué! Llévelo allá afuera'. Llegué y ella estaba en la cama con ese dolor para tener su hijo. Y me fui a hablarle al director y le dije: '¿Por qué no la atiende a ella?', y él me dijo: '¡Pero si no está todavía!, ¿acaso yo soy Dios para que de una vez nazca el chico? Le falta semanas, señora, ¡cómo voy a hacer nacer a la fuerza! Yo no voy a hacer eso'. Entonces su mamá me pidió y dijimos 'vamos, llevémosla a una clínica'. Y ahí nos fuimos a la clínica del doctor Isidro. Mire, lo que él hizo fue... no sé lo que él hizo pero colocó una inyección y nació. ¡Cómo que faltaban días! Más bien ya se iba a morir ya puej de parto, como esa que..., desgraciados los médicos que no quieren atender (Roca 2013)

(...) hay algunos que siempre vamos, así, con preocupaciones, con penas vamos algunos, justo a esos también tiene que reñirle el doctor, y ahí nos lastima, pues, no entienden, pues, nos hace doler el corazón (Debbits 2013).

Un día escuché un murmullo quechua, cargado de llanto y rabia, ambos protestaban y se lamentaban porque el médico se había negado a atenderles. Ella llevaba un pañuelo en la cabeza con hojas de coca ya masticadas (aquilliku) que había provocado la burla durante la visita médica, y tenía amarrado un cinturón tejido con lana de oveja sobre la cintura (ch'umpi) para que la matriz no se suba", hecho que fue rechazado por el doctor e indirectamente estaba provocando que la paciente abandone el hospital. Al mismo tiempo, el médico, junto a los internos, protestaba porque la mujer estaba sucia y olía mal (a coca masticada), además no quería quitarse el cinto que le estaba lesionando el torso. "Estos se hacen cosas con los curanderos y cuando empeoran recién vienen aquí; y si algo les pasa, nos echan la culpa", exclamaba... (Fuentes 2013).

Este tipo de reclamos y quejas se repiten en muchos de los testimonios de las mujeres de los diferentes grupos étnicos. Los sentimientos de frustración y protesta son generalmente relatados sólo entre ellas

y muchas veces son enterrados en la cultura de silencio.

Nuevas barreras y demoras en los hospitales en contextos de interculturalidad. Lo más grave es que los prejuicios y actitudes discriminatorias del personal de salud producen demoras que generan resultados fatales para la sobrevivencia de las madres y sus bebés. El siguiente testimonio describe una vivencia que no necesariamente está relacionada con la ausencia de personal médico cualificado, ni con la carencia de equipos o medicamentos, y tampoco con las dificultades en los trámites administrativos en el hospital; sino que retrata una demora que es generada por actitudes de prejuicio y discriminación del personal de salud hacia la población indígena:

Les voy a contar que casi se muere la mujer de Abujei, ahí en nuestra comunidad FUA. Ella estaba de parto y ella no comentó a nadie, y ellos se fueron al pueblito donde hay la posta en Taperas. Llegaron a la posta de Taperas pero la doctora no les atendió a ellos, le han estado golpeando la puerta, 'toc, toc, toc', y ella había estado ahí adentro pero no salía a atenderlos. Se acobardaron y se fueron a buscar a un cojñoi por ahí en frente de nuestra comunidad. Ellos volvieron a la posta porque el cojñoi les dijo 'vuelvan nomás a la posta, porque está ahí ella, está ahí adentro'. Y ella se acobardó de ellos y salió a atenderla. Dice que le dijo 'tu bebé está normal, pero todavía le falta, no es hoy día que va a nacer', pero había sido mentira. La mujer de Abujei decía 'yo ya me di cuenta que ella tenía asco de mí'. La doctora le comentaba a su otra enfermera, dice que decía 'ya está por dar a luz', yo entendía lo que ellos decían, pero dice que le decía 'pero no le voy a atender, porque la mujer está sucia, huele feo', según lo que ella decía, pero es porque ellos no nos quieren a nosotros las ayo-reas. Y eso es lo que les cuento, ellos se tuvieron que volver a la comunidad porque decían que todavía le faltaba para dar a luz. Le decían: 'Seguramente usted alzó cosas pesadas, todavía no es el día que va a nacer tu hijo', pero era mentira. Ellos llegaron a nuestra comunidad, se vinieron a pie y mientras caminaba estaba con los dolores de parto. Hay siete kilómetros

de Taperas hasta nuestra pequeña comunidad. Llegaron a nuestra comunidad al anochecer, como a las siete... ya después ella dio a luz. Ella dio a luz y nosotros le decíamos a Abujei: '¿Por qué ustedes no se quedaron en la posta de Taperas si han llegado hasta allá? Ustedes están así camine y camine, del pueblo a la comunidad con su esposa'. Él decía: 'Ella no nos quería, ella no nos quería, decía que le faltaba a mi mujer para que dé a luz'. Dio a luz pero muerto el bebé, lloró al nacer pero ahí nomás se murió. Nació muerto... por poco el cordón casi se le escapa a la madre. Y esto es todo, es la verdad que los cojñoie creen que no valemos nada... (Roca 2013).

Estas agonías narradas por las mujeres indígenas demuestran que la presencia del personal médico cualificado, la disponibilidad de equipos y medicamentos, y los procesos administrativos ágiles no garantizan el acceso de la madre a una atención de calidad y con calidez en los centros de salud. Las barreras que tienen que ver con prejuicios y actitudes discriminatorias pueden anular el acceso y la utilización de los servicios disponibles.

Además, este tipo de barreras no han sido identificadas en el abordaje original del estudio sobre las demoras en los hospitales, y por lo tanto demuestran la necesidad que existe de profundizar la importancia de las dimensiones sociales en la salud materna, especialmente en el contexto de la interculturalidad. La problemática de la mortalidad materna en las poblaciones indígenas permite visibilizar aspectos de nuestra sociedad que van más allá de las cuatro paredes de los hospitales. Las narraciones y las vivencias de las madres pertenecientes a diferentes grupos indígenas nos obligan a discutir, debatir y profundizar el tema de la interculturalidad.

Sin duda, el abordaje intercultural de la salud materna es una de las estrategias más acertadas para reducir los altos niveles de mortalidad materna en el país. El registro de las vivencias y testimonios de las madres indígenas, lejos de ser un rechazo, es una

afirmación de la necesidad de profundizar aún más tanto su aplicación como sus implicaciones, en la perspectiva de fortalecer la justicia y la equidad social como fundamentos de una sociedad más inclusiva.

Las experiencias de la interculturalidad en salud. Pese a los desafíos, es importante reconocer las experiencias de interculturalidad en salud que han generado aprendizajes importantes en el país. La experiencia de la interculturalidad en salud en el país tiene larga data y abarca diferentes niveles de implementación, desde la adecuación cultural de la sala de parto hasta la habilitación de laboratorios para la preparación de medicamentos, generación de conocimientos y saberes medicinales, y la gestión conjunta de salud (Vargas 2013):

- El hospital Kallawayá de Curva, en el Departamento de La Paz (2004), ha creado un espacio de integración de la medicina tradicional con la occidental como una muestra de la interculturalidad.
- En el hospital municipal de Patacamaya, en el Departamento de La Paz (2006), además de realizar esfuerzos para sensibilizar al personal de salud, se ha implementado la estrategia de las salas de parto con adecuación cultural, lado a lado con la sala biomédica, posibilitando su articulación y complementación, todo con el fin de mejorar la calidad de los servicios.
- La experiencia del municipio de Tinquipaya, en el departamento de Potosí (2004-5), se caracterizó por un abordaje complejo de la interculturalidad en salud. Este modelo, además de impulsar la investigación y generación de conocimiento sobre plantas medicinales, contó con la participación comunitaria como elemento crucial. El fortaleci-

miento y capacitación de personal tradicional y biomédico, así como la promoción del diálogo intercultural, permitieron alcanzar un buen grado de complementariedad de la atención en salud.

- La experiencia de Salud Comunitaria Intercultural en Caiza D y Cotagaita, en el departamento de Potosí, es otro de los esfuerzos pioneros en la generación de aprendizajes en la perspectiva de ampliar las bases de la interculturalidad en salud. Los dos ámbitos de acción de esta experiencia, la salud y gestión comunitaria, promovieron la construcción y el fortalecimiento de capacidades y destrezas de los actores locales para mejorar la calidad de vida de los comunarios de manera integral.

Estas experiencias reflejan la complejidad en los abordajes de la interculturalidad en salud. De esta manera, la construcción de diferentes modelos de atención no se logra con acciones puntuales y aisladas, requiere de un proceso paralelo de reflexión y análisis participativo que permita desarrollar y profundizar la interculturalidad.

Reflexiones sobre la interculturalidad y la otredad.

La interculturalidad en salud, aunque visibilizada en relaciones entre el personal de salud y los pacientes indígenas, requiere de una discusión y profundización más amplia. El marco más adecuado para la discusión de la interculturalidad, más allá de recibir atención médica de calidad y con calidez, es la búsqueda de la justicia y equidad social que son los requisitos principales para avanzar en el horizonte de sociedades más inclusivas.

La interculturalidad, desde un abordaje social, tiene que ver con cómo percibir al 'otro' y a la diversidad en general (Roosta 2013) como parte orgánica e igualitaria de nuestras sociedades, o como parte

totalmente diferente (en condiciones de desigualdad) que deberá ser ignorada, subordinada y asimilada a “nuestra” sociedad homogeneizante. La ‘otredad’ no sólo abarca el nivel del individuo, sino que penetra las percepciones, principios, creencias y prácticas. La interculturalidad en la salud, especialmente materna, visibiliza esta dimensión (otredad) de nuestras sociedades y provee el espacio para la discusión de las reacciones de la biomedicina y/o medicina occidental, así como las manifestaciones de la ‘otredad’, tanto en la prestación de servicios a las madres indígenas como en la aceptación y adaptación de sus creencias y prácticas.

Antes de profundizar más la discusión, sería oportuno diferenciar la multi y la interculturalidad. El multiculturalismo reconoce la presencia de las culturas no-eurocéntricas, pero en la medida que operan dentro de las comunidades que las adoptan, sin interferir en la cultura dominante (herencia proveniente del colonialismo). En este sentido, el multiculturalismo llega a operar como un sistema de naturalización de las relaciones de poder, dominación y subordinación basado en diferencias étnicas y raciales (Fundación Rosa Luxemburgo 2012). Aunque la multiculturalidad quita el disfraz homogeneizante que la modernidad tendió sobre la diversidad cultural, sin embargo, puede ser conducente hacia las sociedades segregadas-fragmentadas (Canclini 2004). La interculturalidad, en cambio, postula no sólo reconocer, respetar y tolerar la diferencia, sino incluir a la diferencia como parte del proyecto de construcción de una sociedad más incluyente (González 2007). En resumen, la multiculturalidad reconoce la diversidad dentro de las estructuras prevalentes de poder; mientras que la interculturalidad, pese a sus desafíos iniciales, su horizonte intencional es la construcción de sociedades inclusivas.

En este sentido, para González (2007) la interculturalidad se convierte en una idea utópica que busca contribuir a la construcción de una nueva sociedad fundamentada en la unidad de la humanidad, reconociendo su diversidad. El multiculturalismo, admite la diversidad de las culturas, pero poniendo acento en las políticas relativistas de respeto, llegando a menudo a enfatizar las diferencias y reforzar la segregación; mientras la interculturalidad fundamentalmente es una categoría relacional y, por lo tanto, remite a la confrontación y el entrelazamiento, lo que sucede en relaciones de intercambio (Canclini 2004). Así, la interculturalidad se convierte en la crítica de aquella modernidad homogeneizante que busca la unidad de la humanidad mediante fórmulas que pretenden la uniformidad cultural.

En este marco referencial, la diversidad cultural no será percibida como un obstáculo, sino como una potencialidad que corre contra la fragmentación social, ya que la interculturalidad pertenece a todos o no es intercultural (Schemelkes 2007). De esta manera, la interculturalidad podría promover una conciencia de unidad en la diversidad, donde los extremos -sea el fundamentalismo o la alienación- serían totalmente cuestionados. En la lógica del idioma quechua, pasaríamos de un ‘todos’ que no incluye a ‘otro’, y se identifica a sí misma como *noqayku*, a un ‘todo’ de *noqanchis*, que incluye y acepta a otros.

La construcción de relaciones de solidaridad en el marco de la interculturalidad, como enfatiza González (2007), puede convertir a ésta en un escenario que nos obligue a imaginarnos como una humanidad con un solo interés, en vez de fragmentos de humanidad con intereses segmentados. En este escenario, la interculturalidad se convierte en la intención política para fundar escenarios de comprensión

entre los diferentes, en búsqueda de equidad y con el objetivo de lograr una sociedad global de paz.

Avanzando hacia este horizonte, un próximo paso en la profundización de la interculturalidad requerirá del despertar de una conciencia colectiva que perciba la diversidad como parte integral de una unidad orgánica. Remitiendo al modelo de la existencia fenoménica -el cuerpo humano-, los modos de obrar característicos de la biología humana ilustran el principio fundamental de la existencia. El rasgo más sobresaliente en este modelo es la unidad en la diversidad. Paradójicamente, es la integridad y la complejidad del orden y la perfecta acomodación de las células, órganos y sistemas que otorgan la vida, lo que lleva a la realización plena de las capacidades que son inherentes y características de cada uno de los integrantes (BIC 1995). En este contexto, la interculturalidad puede contribuir a crear una mirada en la cual la diversidad sea percibida no como una amenaza al desarrollo de la sociedad, sino más bien como una necesidad fundamental para una existencia orgánica y el bienestar colectivo.

En este sentido, como señala la Declaración Universal sobre la Diversidad Cultural UNESCO (2001), se aspira a una mayor solidaridad, fundada en “la conciencia de la unidad del género humano” y, por lo tanto, la diversidad cultural es considerada tan crucial para la humanidad como lo es la diversidad biológica para los organismos vivos:

La cultura adquiere formas diversas a través del tiempo y espacio. Esta diversidad se manifiesta en la originalidad y la pluralidad de las identidades que caracterizan a los grupos y las sociedades que componen la humanidad. Fuente de intercambios, de innovación y de creatividad, la diversidad cultural es tan necesaria para el género humano como la diversidad biológica para los orga-

nismos vivos. En este sentido, constituye el patrimonio común de la humanidad y debe ser reconocida y consolidada en beneficio de las generaciones presentes y futuras.

Conclusión

Las mujeres que mueren por complicaciones del embarazo, parto y posparto constituyen un fenómeno socialmente invisible y, sobre todo, una tragedia evitable que tiene larga data. Esta situación da lugar a la pregunta de “por qué los recursos financieros y técnicos invertidos en países con alta población indígena y las estrategias propuestas por los organismos internacionales han tenido un impacto tan reducido y lento” (Uriburu 2006).

La Declaración de Ministras y Ministros de América Latina sobre Salud Sexual y Reproductiva Intercultural para Mujeres Indígenas de 2011, señala que la mortalidad materna entre las comunidades indígenas en la subregión andina registra niveles inaceptablemente altos, pese a que muchas de las causas de estas muertes son evitables. Estas causas tienen que ver no sólo con asuntos meramente clínicos y técnicos, sino también con el hecho de que los sistemas de salud enfrentan serios desafíos para contribuir a la equidad y acabar con la exclusión social.

La mortalidad materna no se da en un vacío social y, por lo tanto, su reducción no será lograda sólo con medidas meramente clínicas y técnicas. Los testimonios estudiados evidencian la importancia de las dimensiones sociales de la salud, demostrando que el acceso y la utilización de los servicios de salud son un asunto mucho más complejo y que van más allá de la disponibilidad de los servicios. Por su parte las tres demoras identificadas hace más de dos décadas, han abierto la posibilidad de analizar e

identificar otras barreras que generan nuevas demoras en el mismo centro de salud, las cuales no necesariamente se deben a demoras clínicas y administrativas.

Si bien existen experiencias en el abordaje de la interculturalidad en salud, hay necesidad de profundizar dimensiones estructurales de la interculturalidad en nuestras sociedades. Los diferentes relatos y temas discutidos demuestran la complejidad de la interculturalidad, al menos en lo que se refiere a la salud materna; pero al mismo tiempo, ponen en evidencia que la interculturalidad no puede ser percibida como un fin en sí mismo, tampoco puede resolver, por sí sola, los desafíos de la equidad y la justicia social. La discusión toma sentido en el horizonte de la búsqueda de una sociedad inclusiva que visibilice la diversidad no como fragmentos, sino como un todo orgánicamente articulado.

Las reflexiones sobre interculturalidad y otredad nos invitan a aceptar el reto de profundizar en las dimensiones más complejas del fenómeno. El proceso de toma de decisiones para reducir los niveles inaceptablemente altos de mortalidad materna requiere de la incorporación en la agenda nacional de la interculturalidad de aspectos que vayan más allá de la multiculturalidad. En este sentido, es imperativo evaluar y ponderar los impactos de las experiencias de la interculturalidad en salud para profundizar las lecciones aprendidas. Además, es necesario dirigir nuestras miradas hacia los recursos humanos en salud para fortalecer una visión orgánica de la sociedad humana que promueva la sensibilidad cultural.

La interculturalidad podría ser interpretada como un proceso omnipresente en todas nuestras sociedades, que potencialmente nos pone en un escenario donde aprendizaje y des-aprendizaje generan las fuerzas dinámicas de interacción. Sin embargo, es “la con-

ciencia de la unidad del género humano”, como versa la Declaración de la UNESCO (2001), la que nos llevará a recrear nuevas dinámicas de interacción, tanto a nivel individual y grupal como institucional y estructural. Eliminar y vencer las barreras originadas en las actitudes discriminatorias requiere de este marco referencial, para que también desde los hospitales y los centros de salud se pueda contribuir a la equidad y la justicia social en el horizonte de sociedades más inclusivas.

Conflictos de intereses

Esta investigación no presenta conflictos de interés.

Agradecimientos

Este artículo se basa principalmente en la investigación sobre Salud Materna en Contextos de Interculturalidad, en el marco del Programa de Desarrollo Institucional a Largo Plazo (LID) del CIDES-UMSA, financiado por la Organización Mundial de la Salud.

Literatura citada

- Canclini N. *Diferentes, desiguales y desconectados*. Barcelona. España, Gedisa. 2004.
- Comunidad Internacional Bahá'í (BIC). *La prosperidad de la humanidad*. 1995.
- Debbits I. *Población aymara. Salud Materna en contextos de Interculturalidad*. Estudio de los pueblos Aymara, Ayoreode, Chiquitano, Guaraní, Quechua y Yuqui. Bolivia: CIDES, OMS, OPS, UNFPA. 2013. 73-107 pp.
- Declaración de Ministros de América Latina sobre Salud Sexual y Reproductiva Intercultural para Mujeres Indígenas, Lima. Perú. 2011. [citado ju-

- nio 2015]. Disponible en: <http://bolivia.unfpa.org/content>.
- Fuertes A. El modelo de salud intercultural en Tinguipaya. Salud Materna en contextos de Interculturalidad. Estudio de los pueblos Aymara, Ayoreode, Chiquitano, Guaraní, Quechua y Yuqui. Bolivia: CIDES, OMS, OPS, UNFPA. 2013; 241-277 pp.
- Fundación Rosa Luxemburgo. Justicia indígena, plurinacionalidad e interculturalidad en Bolivia. Boaventura de Sousa Santos José Luis Exeni Rodríguez Editores. Bolivia. 2012 754 pp.
- González F. Crítica de la interculturalidad: la construcción de un proceso en el marco de la modernización. Cuadernos Internacionales, 2007; 5: 63-89.
- Naciones Unidas. Declaración de las NN.UU sobre los Derechos Humanos de los Pueblos Indígenas. 2007. 15 pp. [citado junio 2015]. Disponible en: http://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/DRIPS_es.pdf.
- OMS. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. 2005. 35 pp. [citado junio 2015]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/who_ier_csdh_08.1_spa.pdf.
- Padilla H. El Parto: Acompañamiento, Barreras y Potencialidades. Tesis de doctorado. Universidad Mayor de San Andrés. La Paz, Bolivia. 2014.
- Roca I. Ahora ya no tienen esa costumbre. Salud, maternidad e interculturalidad en el pueblo ayoreo del oriente boliviano. Salud Materna en contextos de Interculturalidad. Estudio de los pueblos Aymara, Ayoreode, Chiquitano, Guaraní, Quechua y Yuqui. Bolivia: CIDES, OMS, OPS, UNFPA 2013. 109-142 pp.
- Roosta M. Salud Materna en contextos de Interculturalidad. Estudio de los pueblos Aymara, Ayoreode, Chiquitano, Guaraní, Quechua y Yuqui. Bolivia: CIDES, OMS, OPS, UNFPA. 2013; 353 pp.
- Schmelkes S. Balance crítico de la educación indígena y educación intercultural. Cuarto Simposio Internacional Avances recientes en Educación. México: Instituto Nacional Académico de Actualización y Capacitación Educativa. 2007.
- Thaddeus S, Maine D. Too far to walk. Maternal Mortality in context. Soc Sci Med. 1994; 38; 1091-1110.
- UDAPE. Sexto informe de progreso de los objetivos de Desarrollo del Milenio en Bolivia. 2010. 141 pp.
- UNESCO. Declaración Universal sobre la Diversidad Cultural. Serie sobre la Diversidad Cultural N° 1. 2001; 61 pp.
- Uriburu G. "Mortalidad materna en Bolivia ¿Qué hacer para evitar muertes?". Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural. Ediciones Abya-Yala. AEI. Quito, Ecuador. 2006; 173-186 pp.
- Vargas Y. Salud familiar comunitaria intercultural. Salud Materna en contextos de Interculturalidad. Estudio de los pueblos Aymara, Ayoreode, Chiquitano, Guaraní, Quechua y Yuqui. Bolivia: CIDES, OMS, OPS, UNFPA. 2013; 35-71.
- World Health Organization. Report on Primary Health Care. 2008. 119 pp. [citado junio 2015]. Disponible en: http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf