

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ
ESCUELA DE GOBIERNO



PONTIFICIA
**UNIVERSIDAD
CATÓLICA**
DEL PERÚ

**“La implementación de políticas públicas en salud para los
pueblos indígenas de Santa María de Nieva en Amazonas: la
tensión entre la atención al VIH-SIDA y el enfoque
intercultural”**

Tesis para optar el grado de Magister en Ciencia Política y Gobierno
Con Mención en Políticas Públicas y Gestión Pública

Alumno: Isaías Pintado Estela

Asesora: Mg. Mercedes A. Crisóstomo Meza

Lima – Perú

2016



AGRADECIMIENTO

En principio, agradecer a mi esposa Nadia y a mi hijo Rodrigo quienes con su cariño y apoyo de manera incondicional supieron entender mis ausencias y mis angustias, convirtiéndose en mis “compañeros de camino” en este proyecto de investigación.

Extender mi agradecimiento a mis amigas y amigos awajún, que al intentar nombrarlos podría obviar algunos nombres. Gracias por su apoyo, la confianza y la amistad tejida, desde el cual me han permitido compartir información valiosa y en ocasiones tan íntima. Como se dice en awajún ¡See kuashat cumpajús!!! Asimismo, mi sincero agradecimiento a mis ex compañeros de trabajo de la Brigada de Salud, de la Red de Salud Condorcanqui y del Centro de Salud de Nieva. Su tiempo dedicado en cada entrevista ha sido muy provechoso y fructífero para efectos de esta investigación.

Mirko Vargas, compañero de colegio, te prometí este significativo proyecto. Mi agradecimiento por todas las facilidades brindadas para zarpar por los ríos Nieva y Marañón, y acercarme a las comunidades de estudio. Estoy seguros que desde el cielo podrás ser testigo de nuestro esfuerzo. ¡Promesa cumplida amigo!

De manera especial, agradecer a mi asesora Mg. Mercedes Crisóstomo Meza, por su paciencia ante mis inconsistencias, por su valiosa dirección y apoyo en este camino emprendido. Asimismo, a mis compañeros de estudio, profesores y profesionales académicos que aportaron en la gestación de esta investigación. A todos(as) ustedes mi mayor reconocimiento y gratitud.

Finalmente, agradecer a la Escuela de Posgrado de la Pontificia Universidad Católica del Perú (PUCP), por otorgarme el premio de fomento a la Investigación de Tesis “Fondo Galileo-2015”; incentivo que me ha permitido sacar adelante este proyecto.

El Tesista.

ÍNDICE

Presentación.....	02
Índice.....	03
Siglas.....	04
Lista de gráficos y tablas.....	05
Introducción.....	06
Capítulo I	
Aproximaciones teóricas y estado de la cuestión sobre políticas públicas, implementación, gestión e interculturalidad.....	11
1.1. Marco teórico de la investigación: políticas públicas, implementación, gestión pública e interculturalidad.....	11
1.2. Estado de la cuestión: aproximaciones investigativas a la interculturalidad en salud , implementación y gestión pública	17
1.3. Análisis del marco normativo institucional sobre salud intercultural y el VIH-Sida.....	26
Capítulo II	
Políticas y/o programas sobre el VIH-Sida implementadas entre el periodo 2011-2014 en nieva.....	31
2.1. Generalidades y contexto sociocultural del pueblo Aguaruna.....	31
2.2. Políticas sobre VIH-Sida que se implementaron entre el periodo 2011-2014 desde el nivel local	40
2.3. Conceptualización y operativización del enfoque intercultural en las políticas e instrumentos de gestión.....	47
Capítulo III	
Proceso de implementación de políticas de salud sobre ITS y VIH-Sida con enfoque intercultural en nieva.....	50
3.1. Identificación y admisión del paciente	51
3.2. Capacidad diagnóstica.....	54
3.3. Administración del TARGA y pruebas de control.....	59
3.4. Promoción de la salud familiar y comunitaria.....	62
3.5. Factores que limitaron una adecuada ejecución del programa.....	66
Capítulo IV	
La tensión entre el programa y el enfoque de interculturalidad: causas y consecuencias.....	74
4.1. Causas de la no aplicación del enfoque de interculturalidad.....	74
4.2. Consecuencias de la no aplicación del enfoque de interculturalidad...	87
Conclusiones.....	89
Bibliografías.....	94
Anexos.....	99

SIGLAS

CAH	: Consejo Aguaruna y Huambisa
CEPLAN	: Centro Nacional de Planificación Estratégica
DIRESA-A	: Dirección Regional de Salud – Amazonas
GSRC	: Gerencia Subregional Condorcanqui
HR	: Hoja de Ruta
INEI	: Instituto Nacional de Estadística e Informática
INSI	: Instituto Nacional de Salud Intercultural
INS	: Instituto Nacional de Salud
MEF	: Mujeres en Edad Fértil
MINSA	: Ministerio de Salud
MPC	: Municipalidad Provincial de Condorcanqui
PECOS	: Programa Especial de Control del Sida
PPFF	: Planificación Familiar
PRCSA	: Plan Regional Concertado de Salud Amazonas.
SERUMS	: Servicio Rural Urbano y Marginal de Salud.
SIDA	: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
TARGA	: Tratamiento Antiretroviral de Gran Actividad
UTF	: Unidad Técnica Funcional
VIH	: Virus de Inmunodeficiencia Humana

LISTA DE GRÁFICOS Y TABLAS

Gráficos:

Gráfico N° 01: Ciclo de las políticas públicas

Gráfico N° 02: Cosmovisión y representaciones mitológicas awajún

Gráfico N° 03: Casos de VIH-Sida, según quinquenios 2004-2013

Gráfico N° 04: Casos de VIH-Sida por distrito, prov. Condorcanqui, año 2005-2013 I Semestre

Gráfico N° 05: Distribución de casos de VIH-Sida por grupo etareo y sexo, prov. Condorcanqui, año 2005-2013 I Semestre

Gráfico N° 06: Esquema de Programas sobre ITS y VIH-Sida

Tablas:

Tabla N° 01: Normas nacionales orientadas a la prevención y control de ITS/VIH-Sida en el Perú

Tabla N° 02: Instrumentos de gestión para la prevención y control de ITS/VIH-Sida en el Perú

Tabla N° 03: Prioridades de la Hoja de Ruta

Tabla N° 04: Prioridad, indicador y metas sobre el incremento de las ITS y VIH-Sida

Tabla N° 05: Contenido de interculturalidad en los instrumentos de gestión sobre VIH-Sida

Tabla N° 06: contenido de interculturalidad en documentos de gestión por niveles de gobierno

Tabla N° 07: Modelos comparativos de gestión

INTRODUCCIÓN

En la última década, los casos de VIH-Sida se ha ido diseminando sigilosamente entre la población de los pueblos indígenas de la Amazonía peruana. Tal es el caso de las Comunidades Aguarunas del distrito de Santa María de Nieva (de la provincia de Condorcanqui en Amazonas), donde esta enfermedad ha presentado un significativo incremento entre los años 2010 al 2014.

De acuerdo al reporte epidemiológico de la Red de Salud Condorcanqui, en el último quinquenio 2009-2013, los casos de VIH ascendieron a 97 personas infectadas, a diferencia del quinquenio anterior (2004-2008) donde se reportaron sólo 22 casos. Sólo en el año 2014 se reportaron 7 nuevos casos de VIH-Sida correspondientes a pobladores nativos Aguarunas. Del 100 % de casos reportados, el 77% correspondía a población de comunidades nativas Aguarunas, la diferencia afectaba a población mestiza.

Estos datos epidemiológicos alarmantes, además de constituirse en un problema público, demandaban no sólo de políticas públicas de salud orientadas a prevenir y controlar los casos de VIH-Sida, sino además de una política de salud con adecuación y pertinencia cultural durante su implementación. Más aún en un contexto tan particular y complejo culturalmente como son las comunidades indígenas amazónicas. Al respecto, las investigaciones desde las ciencias sociales sobre el particular aún son escasas. Las investigaciones epidemiológicas son las que han tenido mayor preponderancia y mayor difusión. Si bien existen importantes estudios generales sobre salud e interculturalidad, son escasos los estudios sobre la aplicación del enfoque de interculturalidad en la etapa de implementación de políticas de salud, particularmente orientadas a prevenir y controlar las ITS/VIH-Sida. Estas limitaciones ponían en evidencia la necesidad de investigaciones de tipo cualitativa, que permitan identificar capacidades político-estratégicas, actores y factores y la trasnversalización del enfoque de interculturalidad, no sólo en el diseño sino, principalmente, en la etapa de la implementación de la política pública.

Es en este vacío de conocimiento que surge el interés de la presente investigación. El mismo que tiene como objetivo general “Comprender la aplicación del enfoque intercultural en la implementación de políticas públicas de salud sobre ITS/VIH-Sida en las comunidades Aguarunas en el distrito de Santa María de Nieva, Condorcanqui-Amazonas, entre los años 2011 al 2014”. Asimismo, se plantearon tres objetivos específicos: 1) Describir las políticas de salud sobre ITS y VIH-Sida que se implementaron en el distrito de Santa María de Nieva; 2) Explicar la implementación de las políticas públicas de salud sobre ITS y VIH-Sida en el distrito de Santa María de Nieva, y 3) Explicar las causas y consecuencias de la falta de aplicación del enfoque intercultural en la implementación de las políticas de salud sobre ITS y VIH-Sida en el distrito de Santa María de Nieva.

Como marco orientador de la tesis planteamos como pregunta principal de investigación “¿Cómo se aplicó el enfoque intercultural en la implementación de políticas públicas de salud sobre ITS y VIH-Sida en las Comunidades Aguarunas en el distrito de Santa María de Nieva, entre los años 2011 al 2014?”

De manera preliminar, se planteó como hipótesis que “Los gestores públicos que trabajan en el sector salud en la Amazonia tienen limitadas capacidades estratégicas para aplicar el enfoque intercultural en el proceso de implementación de políticas de salud sobre ITS y VIH-Sida. Estos actúan bajo un modelo de racionalidad limitada, el mismo que repercute en los resultados esperados de las políticas de salud diseñadas desde el nivel central. En el sector salud hay vacíos en materia de salud intercultural y capacidades estratégicas interculturales. Esto ha agudizado la incompreensión y en ocasiones la discriminación hacia las poblaciones indígenas, cuyas concepciones culturales se confrontan con los planteamientos de las políticas públicas de salud hechas desde Lima. Ello genera desencuentros y choques de visiones que afectan tanto la calidad como la viabilidad del servicio de salud. Además, dificulta el real acceso al derecho a la salud por parte de las poblaciones indígenas”.

A fin de responder a la pregunta principal de la investigación, se realizó un estudio de caso con metodología cualitativa, por lo que se ha recurrido tanto a fuentes de información primarias como secundarias. Respecto a las fuentes primarias, se han efectuado un total de 25 entrevistas semi-estructuradas a profundidad. Éstas se aplicaron a cuatro grupo de actores como informantes clave: (i) Gestores Públicos de la DIRESA-A, que trabajan o trabajaron en el tema de ITS y VIH-Sida; (ii) Personal de Salud de la Red y Centro de Salud de Nieva-Condorcanqui, que trabajan o trabajaron con comunidades Aguarunas e implementaron políticas de salud sobre ITS y VIH-Sida; (iii) Representantes y Líderes (as) de comunidades nativas Aguarunas del distrito de Nieva, que tengan un discurso cultural respecto al problema del VIH-Sida; y iv) Expertos-académicos (ONGs, académicos-investigadores, INS, INSI, etc.). Dichas entrevistas fueron complementadas con observación de campo en el Centro de Salud de Nieva y la retrospectiva del investigador (experiencia previa de trabajo en salud en la zona).

Para cada grupo de informantes se usaron guías específicas de entrevistas. Asimismo, para cada entrevistado se aplicó el protocolo de consentimiento informado. En ese sentido, y tratando de respetar la confidencialidad de la información y del informante, decidimos citarlos mencionando sólo la institución/organización a la que pertenecen, el lugar y la fecha de la entrevista.

Como fuentes secundarias se realizó una revisión documentaria. Estos documentos fueron de distinto tipo, tanto académicos: tesis de investigación sobre salud e interculturalidad, sobre políticas y gestión en salud; normas e instrumentos de política: leyes, marcos normativos, políticas, estrategias, planes concertados de salud, protocolos de procedimiento sobre VIH-Sida; informes del sector: informes mensuales, semestrales y anuales de atención, informes epidemiológicos sobre el VIH-Sida, informes de Defensoría del Pueblo sobre avances en salud e interculturalidad, y data estadística de INEI.

El presente informe de tesis se estructura en cuatro capítulos. En el primer capítulo, se presenta los antecedentes de la investigación y el marco teórico, desde el cual se resaltan los principales estudios y aportes teóricos

vinculados a políticas públicas, gestión pública y el enfoque de interculturalidad en salud. Asimismo, en la última parte de éste capítulo incluimos un análisis sobre el marco normativo peruano referente a la interculturalidad en salud y particularmente sobre el VIH-Sida.

El segundo capítulo consta de tres subcapítulos. En el primero, se describe brevemente el contexto local de Santa María de Nieva, resaltando sus características histórico-culturales y socioeconómicas, así como una breve descripción del problema público: el VIH-Sida en las comunidades indígenas. En la segunda parte de este capítulo describimos las políticas y/o programas de prevención y control del VIH-Sida, que se implementaron entre el periodo 2011-2014. Para ello recurrimos a las políticas existentes en los tres niveles de administración del servicio de salud: nacional (MINSA), regional (DIRESA) y local (C.S. NIEVA). En la tercera parte, realizamos un análisis cualitativo sobre las características de la transversalización del enfoque de interculturalidad en las políticas y/o programas implementados así como en los instrumentos de gestión.

En el tercer capítulo, se examina y analiza el proceso de implementación del Programa de prevención y control de ITS/VIH-Sida desde el C.S. Nieva, durante el periodo 2011-2014. Aquí presentamos los principales factores que limitaron una adecuada ejecución del Programa, orientada a población nativa awajún. Entre ellos, resaltamos la escasa capacidad de comunicación intercultural, escasa adecuación y pertinencia cultural del programa, percepciones de desconfianza hacia el personal y los servicios de salud, normas técnicas y protocolos inconexos, escasa capacidad resolutoria de establecimiento de salud, entre otros.

En el último capítulo de esta tesis desarrollamos las causas y consecuencias que generan la no aplicación del enfoque intercultural durante la implementación de la política de salud. Entre las causas resaltamos problemas de diseño, la verticalidad de las políticas, la brecha entre la macro y micro implementación, la escasa capacidad de los gestores públicos, la escases de recursos y las condiciones socio-culturales del contexto local que limitan la oferta del servicio de salud con adecuación y pertinencia cultural.

Entre las consecuencias sobresale la tendencia de que el enfoque de interculturalidad no despliegue a un auténtico debate político-estratégico-institucional y más bien siga siendo visto y utilizado como una herramienta técnica. Así como, la vulneración del derecho a la salud por parte de los comuneros indígenas, postergando la justicia cultural y la inclusión social.

El informe de tesis finaliza presentando las conclusiones a las que se ha arribado con el estudio, en aras de comprobar la hipótesis inicial. Asimismo, en los anexos se presenta la lista de los informantes entrevistados y de los documentos consultados en esta investigación.

Considero que esta investigación busca aportar en el análisis de la implementación de políticas públicas como una forma de evidenciar los vacíos y nudos presentes en esta etapa de la política que repercuten negativamente en el curso de acción y el logro de los resultados esperados. Asimismo, busca aportar en el análisis de las capacidades de los gestores públicos locales durante la implementación de políticas con enfoque intercultural. Finalmente, busca resaltar la importancia del enfoque intercultural en el diseño y la implementación de las políticas públicas, cuando éstas están orientadas a pueblos indígenas. Esto permitiría evitar tensiones, desencuentros y choque de visiones entre los prestadores del servicio de salud y los usuarios locales: comunidades indígenas amazónicas.

CAPÍTULO I: APROXIMACIONES TEÓRICAS Y ESTADO DE LA CUESTIÓN SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS, IMPLEMENTACIÓN, GESTIÓN PÚBLICA E INTERCULTURALIDAD

Este capítulo, en primer lugar, permitirá aproximarnos a los principales aportes teóricos que nos ayuden a orientar, analizar la información y demostrar los objetivos de la investigación. En el segundo subcapítulo desarrollamos el estado de la cuestión, por lo que hacemos un recuento de las principales investigaciones realizadas, resaltando la metodología utilizada, la temporalidad de las investigaciones y los principales hallazgos. Finalmente, en el tercer subcapítulo analizamos los antecedentes normativos sobre interculturalidad en salud y prevención de las ITS/VIH-Sida en el Perú.

1.1. Marco teórico de la investigación: políticas públicas, implementación, gestión pública e interculturalidad

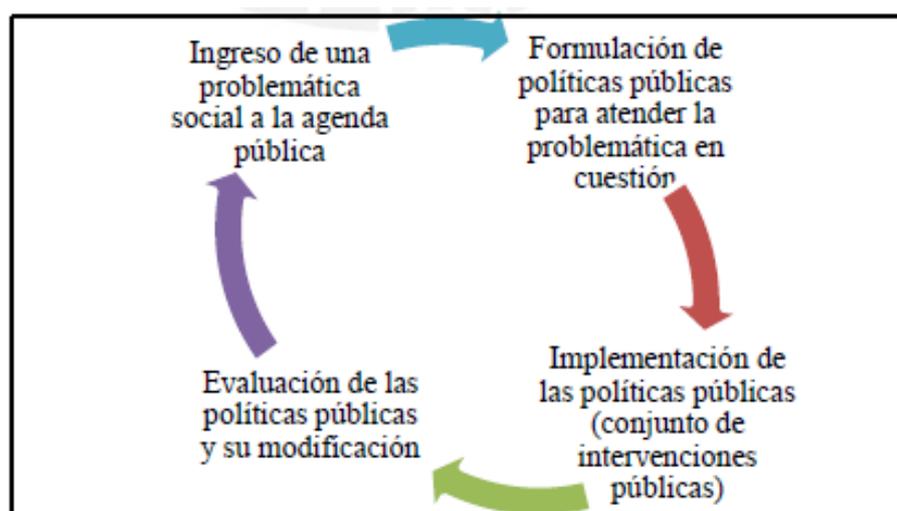
En la literatura sobre políticas públicas, podemos encontrar múltiples aproximaciones conceptuales al respecto, sin embargo todas ellas guardan puntos de coincidencias como la identificación de un problema público, toma de decisiones, cursos de acción, funcionarios públicos, población objetivo, asignación de recursos, entre otras categorías. En ese sentido, entendemos por políticas públicas al conjunto de toma de decisiones estructuradas por el aparato estatal, que luego se instrumentalizan para resolver problemas públicos.

Parafraseando a Lahera (2004:8) las políticas públicas son respuestas del Estado frente a los problemas que aquejan a la ciudadanía. Involucra la participación de la comunidad, como principales interesados, quienes no sólo presentan sus necesidades y/o demandas sino que pueden legitimar la propuesta, aportando y acompañando en el proceso del diseño, implementación y evaluación de la política pública. La no participación de la comunidad podría generar la persistencia de políticas descontextualizadas y sin pertinencia cultural, como es el caso de muchas políticas de salud que

intentan abrirse paso en las comunidades indígenas y por lo mismo obtienen escasos resultados favorables.

Lindblom (1991) plantea el ciclo de política pública como una herramienta metodológica que permite el análisis de cada una de las fases que la componen, tal cual se puede apreciar en el gráfico que sigue:

Gráfico N° 01: Ciclo de las políticas públicas



Fuente: Lindblom (1991).

En este marco, Kingdon (1995) señala que la política se construye a lo largo de todo el ciclo (y sus fases), mediante la negociación entre actores por lo que no es algo estable sino que se encuentra en discusión y cambios constantes. Por ello, el autor señala que el ciclo de políticas debe entenderse como un proceso complejo que va desde la inclusión de la política a la agenda pública hasta su revisión y fiscalización (accountability). Ello cobra sentido con lo que plantea Stone (2002), quien pone énfasis tanto en los resultados de las políticas públicas como sus causas, permitiendo establecer explicaciones sobre las decisiones del Estado dentro del proceso de formulación de la política y los factores que influyen en el proceso en cada una de las fases de la política.

En el marco del ciclo de las políticas públicas, la implementación ha sido la menos estudiada e incluso la que menor atención ha tenido en contraste a las etapas del diseño y la evaluación. Cortazar (2006) señala que la etapa de

la implementación es considerada de menor importancia en contraste a las otras etapas, por lo mismo ha recibido poca atención incluso en el mismo campo de la investigación académica. La razón de ello es que frecuentemente se ha comprendido a la implementación como un proceso meramente operativo y mecánico, donde sólo se debe poner en marcha lo ya planificado previamente. Con ello se desentendía de los múltiples factores y actores que pueden entorpecer el proceso de implementación y consecuentemente el logro de los objetivos propuestos.

Subirats (2008) entendía por implementación al proceso de adaptación del programa de la política a las situaciones concretas. Meter (2000) la definía como el despliegue de un conjunto de acciones llevadas a cabo por agentes públicos y privados, que buscan atender un problema público y lograr objetivos predeterminados. Quizá la definición que mejor se ajusta para efectos de esta investigación es la de Knoepfel (2001), quien entiende a las políticas públicas como procesos concretos que marchan desde una programación hasta el logro de los objetivos de la misma.

En el transcurso de los años, algunos rasgos del sistema de implementación de las políticas han sido estudiados con mayor profundidad que otros. Sin embargo, la mayoría de los enfoques decían muy poco sobre la ejecución o implementación misma de las políticas públicas. Es decir, no prestaban atención suficiente al vínculo entre la política (diseñada) y su implementación. Al respecto, Easton (1965), Sabatier y Mazmanian (2000), plantearon un análisis particular e independiente de la implementación de las políticas, sin desentenderse de la etapa del diseño de la política. Con ello era posible identificar factores, actores o condiciones durante el proceso de implementación que impactaban en el logro de los objetivos de la política.

Hassenteufel (2008) y Grindle (2009), también, realizaron importantes aportes a la comprensión de la implementación, desarrollando los enfoques Top-Down y Bottom-Up a la hora de analizar el curso de una política pública. El primer enfoque está asociado a la idea tradicional del Estado, basada en una gestión concentrada en los niveles más altos (superiores) desde donde se toman e imponen decisiones hacia los niveles periféricos e inferiores. Se

trata de un enfoque que configura la presencia de un Estado jerárquico basado en el ejercicio de la autoridad vertical.

Desde el enfoque Bottom–Up, Lipsky (1980) planteaba una mirada opuesta al enfoque anterior, poniendo mayor atención al proceso de implementación desde el último eslabón de la política. Desde este nivel, donde se operativiza la política pública, se busca analizar las decisiones y/o micro decisiones políticas, el contexto local y la confluencia sistémica de actores locales que muchas veces surgen en escenarios de constante conflicto y negociación. De acuerdo a Cortazar (2006) es justamente a este nivel donde las rutinas, en el campo de la implementación de una política y buscando estandarizar procesos, se convierten en un patrón limitado de comportamiento y/o acciones (Cortazar, 2006: 16). Dicha estandarización genera descontextualización y políticas poco pertinentes durante la implementación. Siendo las reglas y rutinas específicas las que surtirían mejores y adecuados procesos de implementación, con mejores resultados en contextos socioculturalmente diferentes.

Sobre gestión pública recurro a los planteamientos teóricos de Lahera (2006) y Roth (2002), quienes resaltaron la diferencia entre los objetivos establecidos en el diseño de la política y la realidad de la implementación y sus resultados. En este marco, resaltan la posibilidad y capacidad de los gestores públicos locales de adaptar, reformular y/o rechazar decisiones tomadas por el gobierno central.

Asimismo, Alza (2012) propone dos paradigmas de análisis de los gestores públicos. Por un lado “el paradigma burocrático”, caracterizado por un modelo racional de decisión en el que la ley se convierte en el límite del poder estatal. Es decir una organización delimitada por una estructura de dominación basada en las leyes y que debe ser ejercida a través de un cuerpo administrativo especializado (Alza, 2012). Es lo que podríamos denominar la burocracia Weberiana, que gira en torno a un sistema complejo de reglas, racionalizado, jerárquico y altamente centrado en el cumplimiento de la función. Por otro, planteado por Barzelay (2000) y citado por Alza

(2012), hace referencia al “paradigma post burocrático”, caracterizado por la búsqueda de la eficiencia y la eficacia en la organización estatal. Con ello, Alza resalta que se busca mejorar los servicios ofrecidos a los ciudadanos a través de la incorporación de enfoques estratégicos de toma de decisiones, además de la introducción de varios mecanismos de control.

Como una crítica al modelo de racionalidad exhaustiva recorro a los aportes teóricos de Meny (1992) y Forester (1984) quienes, a luz de las políticas públicas, plantearon el *modelo de racionalidad limitada*. Lo definían como el conjunto de limitaciones en términos de información, de conocimiento, que determina capacidades estratégicas poco coherentes e incluso de acuerdo a lo que esté al alcance del gestor público (Meny 1992, Forester 1984).

Otra crítica al modelo racionalista fue planteada por Subirats (1994) y Lindblom (1995), quienes proponen el modelo incremental. Los autores resaltan un modelo de comparaciones sucesivas limitadas, donde el gestor público marcha tras un proceso de selección de alternativas existentes y va probándolas en el campo de acción, comenzando por aquello que se puede resolver (empezando por las ramas y no por las raíces), donde el análisis es limitada y se recurre a constantes generalizaciones. No hay comparaciones sucesivas y se vale mucho de los pilotos para probar si una política funciona o no, y a partir de ello se generaliza. No se espera una solución final, sino más bien sucesiones curativas, probando y poniendo parches a los problemas identificados. Éste modelo es al que más recorro para analizar las capacidades estratégicas de los gestores públicos a nivel regional y local, durante el proceso de implementación de políticas públicas con enfoque intercultural para pueblos indígenas en la Amazonía Peruana.

Sobre las teorías y conceptos de interculturalidad e interculturalidad en salud, recorro al enfoque de etnias o enfoque intercultural planteado por De Negri (2002). El autor pone énfasis en la transversalización del enfoque intercultural y su implicancia en el diseño e implementación de las políticas públicas de salud. Resalta la valoración de culturas diferentes, así como del

reconocimiento de modos de vida, cosmovisión, sistema de creencias y lenguas particulares, que van a determinar la forma de comprender el mundo, al ser humano, la enfermedad y la muerte y de cómo enfrentarse a ellas.

Por su parte, Bello (2011) nos aproxima a la idea de la diversidad y complejidad de la realidad indígena, debiendo entenderse ésta no como un grupo social homogéneo. El autor pone énfasis en las diferencias basadas en la pertenencia a culturas distintas con formas de vida, sistemas de parentesco, creencias y representaciones sociales particulares sobre la vida, la enfermedad y la muerte. Estas diferencias, determinan la situación de la salud-enfermedad en las comunidades indígenas en la actualidad, por lo mismo deben estar presente en las reflexiones sobre los posibles modelos de políticas de salud para pueblos indígenas.

Bajo ese marco teórico es posible resaltar diversas aproximaciones al concepto de interculturalidad, que van desde el reconocimiento y respeto de las diferencias existentes hasta el reconocimiento del derecho a la diversidad, a las diferentes racionalidades y perspectivas culturales (Defensoría del Pueblo, 2015; MINSA, 2006). Por su parte, Seminario y Cárdenas (2013) hacen un interesante resumen del concepto de interculturalidad trabajado por Tubino (2003), básicamente centrado en la comprensión del otro en un marco de igualdad y diálogo constante, de reconocimiento de derechos y empatía, de valores y transformación reflexiva (Seminario y Cárdenas 2011:21).

Respecto a la interculturalidad en salud o salud intercultural Chávez, Yon y Cárdenas (2015) lo definen como “el objetivo último de lograr un diálogo equilibrado entre el sistema de salud biomédico y los sistemas de salud indígena, respetando y manteniendo la diversidad, así como buscando formas de articulación que beneficien la salud de la población” (2015: 11). De acuerdo a las mismas autoras, quienes citan a Tubino (2004), “se trata de un tema de justicia cultural que está estrechamente vinculado a la búsqueda de la equidad social y la ciudadanía diferenciada en un país pluricultural y multiétnico, como es el Perú. El diálogo intercultural presupone generar relaciones de simetría y equidad, que son las condiciones que lo hacen posible” (Chávez, Yon y Cárdenas, 2015: 11-12).

Algunos Organismos Internacionales, también hicieron su aporte con modelos teóricos y lineamientos prácticos sobre la interculturalidad en salud. Entre ellos, la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos indígenas, aprobada en septiembre de 2007, que establece, entre otras cosas, el derecho de los pueblos indígenas de conservar y mantener prácticas de salud haciendo uso de la medicina tradicional. Asimismo, se resalta el derecho de acceso a todos los servicios de salud de calidad (Ver Art. 24). Por su parte, la OIT, resalta la obligación de los gobiernos en la adecuación de los servicios de salud cuando éstos se orientan a población indígena. Se trata de una adecuación que tome en cuenta condiciones socioeconómicas, culturales y geográficas, así como sus prácticas curativas y el conocimiento de los locales (OIT, Art. 25 del Convenio N° 169).

Todos estos planteamientos teóricos seleccionados y desarrollados en este subcapítulo servirán de base para el análisis de los capítulos siguientes, como una forma de complementar vacíos de investigación y comprobar la teoría en la práctica investigativa.

1.2. Estado de la cuestión: aproximaciones investigativas a la interculturalidad en salud, implementación y gestión pública

La interculturalidad en salud o salud intercultural, como se resaltaba en el marco teórico, hace referencia al conjunto de acciones y políticas que tienden a conocer, respetar, dialogar e interactuar con la cultura del usuario en el proceso de atención de salud. En ese sentido, los estudios de la interculturalidad y las políticas públicas en el Perú y Latinoamérica han tenido diversas aproximaciones teórico-metodológicas. Sobre esa base las priorizaciones de su análisis se han entrecruzado entre lo político-institucional y lo técnico, entre el positivismo y el pragmatismo, entre lo cultural y el poder, entre lo hegemónico y la subalternidad, y entre lo individual y lo colectivo.

En el escenario peruano, Correa (2011), desde un enfoque estructural-funcionalista, centró su estudio en las políticas públicas del Estado Peruano. La autora hizo un importante análisis de las deficiencias del enfoque

intercultural a nivel de política nacional - macro, identificó que éste enfrenta una paradoja en su relación con las políticas públicas, especialmente en las etapas del diseño y la implementación. Para Correa, el enfoque intercultural como “enfoque transversal” de políticas nacionales y planes sectoriales no solía traducirse en acciones concretas que mejoren la atención del Estado a la ciudadanía. Por ello, la autora ponía especial énfasis en el fortalecimiento institucional, ya que consideraba que ello garantizaría una articulación intersectorial y la implementación del enfoque intercultural en las políticas públicas (Correa, 2011). Al respecto, si bien el fortalecimiento institucional es importante para una adecuada influencia en el proceso de las políticas públicas, quedaría muy reducido si es que sólo asume una función meramente técnica y positivista, basada en la generación de leyes, normas y documentos técnicos. Con ello se dejaría de lado el auténtico debate a un nivel político sobre la verdadera implicancia de la interculturalidad como eje transversal de las políticas públicas, muy necesario en nuestro país.

A nivel de zonas andinas en el Perú, también se han realizado múltiples estudios sobre salud intercultural. Tal es el caso de Huayhua (2006), quien utilizando una metodología cualitativa hizo un interesante estudio vinculado a pueblos indígenas, con población quechuahablantes en los Andes del Perú (Cuzco). El estudio considera que existen relaciones de discriminación, exclusión, dominación y subordinación entre el sistema de salud (representado por los profesionales de la salud) y los usuarios (población indígena-Quechua). Con ello resaltaba la verticalidad de las políticas (de arriba hacia abajo) y las políticas públicas de salud como poder hegemónico de Gobierno, principalmente cuando éstas se operativizan en las zonas rurales y pueblos indígenas.

Por su parte, Anderson (2001), también a partir de estudios en zonas andinas, consideraba de vital importancia la transversalización del enfoque de interculturalidad en la oferta de los servicios de salud del Estado, particularmente cuando estos se implementan en población rural e indígena. Consideraba que ello mejoraría mucho no sólo la calidad de la atención sino también el uso del servicio por parte de los pobladores locales. Pero para que

ello suceda, resalta la autora, era indispensable superar ciertos factores que condicionan la oferta del servicio de salud y mejorar la capacidad resolutive de los establecimientos de salud de estas zonas.

Los hallazgos de Huayhua y Anderson abren el debate para repensar, desde la perspectiva antropomédica, la forma como se están implementando los servicios de salud en las zonas rurales con enfoque intercultural, particularmente en población indígena. Tal cual afirma Farmer (1997) y Baer *et ál* (2003), citado por Chávez, Yon y Cárdenas (2015), implica develar las relaciones de poder asimétricas en la construcción del conocimiento sobre la salud, así como en las condiciones estructurales de la situación de salud de la población. Estas condiciones incluyen la exclusión política, la inequidad social en el acceso a recursos y servicios públicos, la discriminación racial, étnica y de género. Factores muy comunes en nuestra zona de estudio y que se generalizan y se expresan indistintamente durante la atención a población indígena, que en definitiva entorpecen un auténtico diálogo intercultural y la implementación de políticas de salud con enfoque intercultural.

Los estudios realizados por la Defensoría del Pueblo a partir de supervisiones, también visibilizan los avances en materia de salud intercultural en pueblos indígenas Amazónicos. Tanto en el Informe Defensorial N° 134 (2008), como en el Informe Defensorial N° 169 (2015) dan cuenta de las limitaciones que presenta el servicio de salud durante su proceso de implementación. Entre sus hallazgos podemos resaltar la inexistencia de una política de salud intercultural que garantice el derecho de los pueblos indígenas a recibir un servicio con pertinencia cultural. Asimismo, el desconocimiento por parte del personal de salud sobre las necesidades, percepciones y prácticas de las comunidades indígenas. Finalmente las carencias en infraestructura, equipos, medicamentos, etc. Todo ello, repercute significativamente en inadecuados proceso de comunicación e interacción entre el personal de salud y la población local respecto a los sistemas de salud, por lo que es frecuente la desconfianza hacia el personal y hacia los servicios de salud que se ofrecen (DP, 2008: 11; DP, 2015: 7-8).

En este marco, la Defensoría del Pueblo considera algunas estructuras base que limitan la implementación del servicio de salud con pertinencia cultural, entre ellos factores que son inherentes al diseño mismo de una política pública, así como a las normativas, los recursos financieros, humanos, logístico e infraestructura. Por ello, proponen la creación de un viceministerio de salud intercultural, como instancia rectora sectorial, que promueva efectivamente la transversalización de la interculturalidad en salud, diseñe y acompañe en la implementación de políticas de salud con enfoque de interculturalidad a nivel nacional.

El reciente estudios de las autoras Chávez, Yon y Cárdenas (2015), también, nos aproximan concretamente al tema de salud intercultural en comunidades indígenas de la Amazonía Peruana. Se trata de un estudio de caso en dos comunidades de la etnia Aguaruna y Huambisa de la región Amazonas. La investigación buscaba conocer las prácticas de salud intercultural de los egresados y egresadas del Programa de Formación de Enfermería Técnica en salud Intercultural Amazónica (PFETSIA) de AIDSESEP en los establecimientos de salud donde laboran. Se trata de un programa que fue creando un nuevo perfil profesional orientado a la atención de población indígena amazónica en contextos rurales, basándose en las condiciones y necesidades de salud de estas poblaciones. Sus principales hallazgos evidencian los valiosos aportes de este personal técnico a la salud intercultural y la calidad de atención en los puestos de salud de la región Amazonas donde laboran, logrando implementar formas concretas de salud intercultural. Algunos elementos identificados fueron el uso de la lengua nativa, el diálogo y horizontalidad, la consideración de las concepciones y prácticas culturales en salud de la comunidad y la integración de las mismas durante sus atenciones y tratamiento de salud. Todo ello en su conjunto, señalan las autoras, ha contribuido en la calidad de atención, mejores coberturas y la valoración del personal técnico por parte de los directores de las redes y micro redes de salud (Chavez, Yon y Cárdenas, 2015). También las autoras anteriormente citadas, identifican algunas limitaciones y retos. Estas incluyen por ejemplo, a nivel del MINSA, la escasa implementación de

la política sectorial de salud intercultural y el poco presupuesto que se asigna para ello. Asimismo, la escasa contemplación de formas concretas de promover la salud intercultural en el marco de la Reforma de Salud. A nivel regional y local identifican a personal poco capacitado para viabilizar políticas y estrategias de salud intercultural, situación que se complejiza al identificar que la salud intercultural en las Redes y Microredes de salud, no es un criterio de evaluación del personal de salud ni suma como parte de las principales actividades a rendir. No menos importante son las críticas situaciones en las que labora el personal de salud en estas zonas y la escasa capacidad resolutoria de los puestos de salud, que agravan aún más la condición para la implementación de los servicios de salud intercultural para pueblos indígenas (Chávez, Yon y Cárdenas, 2015).

Las investigaciones anteriores hacen importantes aportes referentes a los avances en salud intercultural en el Perú, así como de las limitaciones, retos y posibles caminos a seguir, sin embargo el marco de su análisis hacen referencia al servicio de salud en general, siendo poco los estudios específicos referente a las políticas de prevención y control del VIH-Sida implementadas en pueblos indígenas. Los que existen son investigaciones exploratorias de carácter cualitativo. Uno de ellos hace referencia al estudio realizado por Mujica y otros (2007), sobre consideraciones culturales respecto a ITS y VIH/Sida en Comunidades Nativas del Perú. Resalta la necesidad de incluir ciertas prácticas y modelos de conducta en el sistema de salud oficial, frente a otro que se oriente a modificar conductas. Las conductas de los sujetos-comuneros nativos, promovidas por agentes condicionantes (culturales principalmente) es prioritario en esta propuesta, que sin duda tiene un enfoque antropomédico.

Por su parte el MINSA y UNFRA (2009) realizaron un importante estudio cualitativo sobre el tema del VIH-Sida en comunidades nativas de Ucayali. El estudio buscaba identificar factores, conocimientos, actitudes, prácticas, estructuras socioeconómicas y relaciones sociales que estaban poniendo en alta vulnerabilidad a la población nativa frente al VIH-Sida. Entre sus hallazgos, el estudio resalta factores limitantes como el inicio temprano de las

relaciones sexuales, los prejuicios y el escaso uso del condón, el poco conocimiento de la enfermedad, la escasa capacidad resolutoria de los establecimientos de salud en estas zonas, que genera el distanciamiento en el uso del servicio por parte de la población. Asimismo, resalta la débil estrategia de prevención desplegada en el marco de la estrategia sanitaria orientada a controlar y prevenir el VIH-Sida por parte del personal y los establecimientos de salud. En ese sentido, sus recomendaciones se concentran en actividades y/o acciones puntuales y localistas enfocados únicamente en el ámbito de la implementación desde el último eslabón de la política, más no así en un debate respecto a la transversalización del enfoque de interculturalidad en el diseño e implementación de las políticas, estrategias o programas de salud. Quizá lo más resaltante, para efectos de nuestra investigación, resulta siendo la necesidad de implementar una intervención integral desde lo local, de manera articulada y sostenida.

A nivel de América Latina, también se han desarrollado investigaciones importantes en materia de interculturalidad en salud. Los países que más destacan son Ecuador y Bolivia, aunque Chile y Brasil también han tenido aportes significativos. Sobre estos últimos, Alarcón y otros (2003) resaltaban que se desarrollaron procesos interculturales en salud pública por razones históricas, sociopolíticas, epidemiológicas y por imposición de organismos internacionales. Se trataba de reducir las barreras étnicas y/o culturales de los usuarios en el acceso al servicio de salud. Las estrategias de comunicación intercultural aparecen como temas ampliamente abordados por los autores. Básicamente una comunicación sustentada en el diálogo, la comprensión y el intercambio de expectativas entre ambos actores, pero también de validación y negociación cultural entre pacientes y profesionales de la salud, con miras a mejorar el nivel de satisfacción de los/las usuarios(as) con el sistema de salud biomédico. Alarcón y otros (2003) resaltan que la validación y negociación se ejerce en el marco de los dos sistemas de salud existentes, por un lado el sistema de salud oficial y por otro el sistema de salud indígena, bajo un marco de diálogo intercultural.

Ramírez (2011b), en un estudio sobre la aplicación del enfoque de interculturalidad en Bolivia, hace un interesante análisis sobre el surgimiento del concepto de interculturalidad y la interculturalidad en salud. La autora resalta que la interculturalidad es un concepto pensado y generado por organismos internacionales, por lo general lejanos y ajenos a las realidades indígenas donde se las aplica, por ello las limitaciones en su operatividad. La interculturalidad en general, señala la autora, se pensó como el reconocimiento y revalorización de lo propio – lo indígena – frente a la cultura dominante, el término acentuaba el respeto por la diversidad cultural. Para el caso de la salud, se incorporó como una estrategia para mejorar los deficientes índices epidemiológicos de las poblaciones indígenas, desconsiderando aspectos socioeconómicos de estas poblaciones (Ramírez, 2011b). Entre sus hallazgos, Ramírez muestra que en la realidad el problema se halla en las deficiencias del sistema público de salud, por lo mismo su ausencia en diversos puntos del país de Bolivia, especialmente en las poblaciones indígenas más apartadas. El reconocimiento e incorporación de la medicina tradicional al sistema biomédico también ha reproducido, en la práctica, actitudes de hegemonía y subalternidad andina local, dado que el conocimiento de la medicina tradicional pertenece a una élite indígena. Por ello, Ramírez señala que en las relaciones interétnicas no sólo entra en juego aspectos culturales sino también relaciones de poder, convirtiéndolo en un problema más que interétnico en un problema intraétnico. Por un lado, la autora resalta la importancia de los aspectos culturales y el diálogo intercultural para entender al Otro, si embargo considera que ello solo surtirá los efectos deseables si van acompañados de cambios estructurales en el sistema de salud (Ramírez, 2011b).

En Ecuador, el término interculturalidad surge desde el movimiento indígena cuestionando las formas de conocimiento dominantes. En este escenario es posible identificar estudios concretos respecto a la interculturalidad y las políticas públicas sobre VIH-Sida orientadas a pueblos indígenas. Tal es el caso del estudio realizado por Family Care International-FCI/Ecuador (2009), en el que por un lado, reconocen los avances de

coordinación multisectorial en respuesta al VIH-Sida, no obstante resaltan la ausencia de representantes de organizaciones indígenas. Asimismo, reconocen que si bien hubo avances significativos orientada a la atención y prevención del VIH-Sida, aún está pendiente el enfoque intercultural como estrategia transversal en la atención a población indígena.

Por otro lado, las investigaciones sobre la implementación de políticas y la gestión pública en materia de salud intercultural son escasas. Por ello, hemos tratado de develar algunos estudios referentes a implementación y gestión pública en general. Por un lado, resaltamos los estudios de Ramírez (2011a) quien valiéndose de una metodología combinada cualitativa/cuantitativa y aplicada al contexto colombiano, buscaba aproximarse al estudio de las capacidades estatales desde dos ejes: la neutralidad burocrática y la capacidad de la ley. En ella encontró que la suposición de una neutralidad burocrática y la eficiencia legal no necesariamente llevaban a mejores resultados en las políticas públicas. Además, encontró que las políticas públicas, por el hecho de estar previamente diseñadas no garantizaban una ejecución lineal, contrariamente estaban sujetas a sufrir durante el proceso modificaciones o incluso a fracasar. Ramírez resalta de esta manera la brecha que existe entre el diseño y la implementación de una política pública. El trabajo pone en evidencia que las burocracias, la capacidad de la ley y las políticas no resultaban siendo neutrales como se creía tradicionalmente, para producir los efectos deseados.

Dargent (2012), desde el escenario peruano, desarrolla un interesante análisis sobre los gestores públicos. Puso énfasis en “el amplio bagaje de valores, creencias, intereses económicos y afinidades políticas que no siempre eran afines a las necesidades de la agencia administrativa a la que pertenecen o a las acciones requeridas para alcanzar los objetivos de una política pública” (Dargent, 2012: 36). El autor remarca la importancia del análisis de la “politización” de los funcionarios públicos. Asimismo, el autor señalaba que “Agencias más capaces, con mejores gestores y tecnócratas, mejor equipadas, podrán implementar mejor las normas o políticas públicas”

(2012: 39). Caso contrario los efectos serán poco fructíferos. Son varios los componentes del Estado que Dargent (2012) identifica y que pueden influir en las fortalezas o debilidades del mismo, cuando de lograr sus objetivos se trate. También menciona, la influencia vinculada a la etapa del diseño de una política pública, que muchas veces no es sensible a la diversidad y nivel profesional de entidades públicas existentes en el país. Dargent identifica, además, factores como las barreras étnicas, de género y el nivel socioeconómico, que al no ser contempladas pueden reducir la efectividad de ciertas políticas. Finalmente, resalta cuestiones de poder y factores territoriales, que también juegan su partida.

Autores como Choque (2011), Paredes (2010) y Vásquez (2008), también desde el escenario peruano, han puesto énfasis en la gestión estratégica, sin embargo se presta mayor atención a los procedimientos administrativos más que a las capacidades discrecionales de los directivos públicos. Del mismo modo, los estudios de Muñoz (2008), Moron y Sanborn (2006), sobre las políticas y la gestión en Perú, ponen énfasis en los caracteres político-institucional y organizacional como mecanismos de control, antes que en las prácticas de la gerencia y la gestión pública estrictamente.

En base a estos antecedentes de investigación académica, es posible evidenciar ciertos vacíos en materia de investigación. Por un lado, se ha estudiado poco la importancia y el tratamiento que tendría el enfoque de interculturalidad durante el proceso de implementación de las políticas públicas en salud para pueblos indígenas. Asimismo, los estudios sobre políticas públicas han prestado mayor atención a las etapas del diseño y la evaluación, siendo pocas las investigaciones centradas en la implementación de las políticas públicas (el “hacer”). Por su parte, los estudios sobre la gestión han puesto más énfasis en las reglas, los planes y la capacidad organizativa institucional, más no así en las capacidades de los directivos públicos, particularmente en materia de interculturalidad en salud en los ámbitos regional y local.

Por el contrario, la investigación que planteo busca hacer un análisis de la etapa de implementación de una política pública y la aplicación del enfoque

intercultural en este proceso. Asimismo, se analizará las capacidades estratégicas de los gestores públicos regional y local para operativizar el enfoque intercultural durante la implementación de una política pública. Partiendo de un estudio de caso y de la implementación de una estrategia de salud en particular, se busca identificar y analizar las limitaciones que se presentan cuando se implementa una política sin pertinencia y adecuación cultural en las comunidades indígenas amazónicas.

1.3. Análisis del marco normativo institucional sobre salud intercultural y el VIH-Sida

En el sector salud de nuestro país la interculturalidad se ha ido conceptualizando, aunque de manera dispersa, desde distintas Direcciones, Áreas, Estrategias y Normativas Técnicas del MINSA. Una de las áreas que más ha trascendido con iniciativas de salud intercultural es el Centro Nacional de Salud Intercultural (CENSI), desde el cual se ha buscado proponer políticas y normas en salud intercultural, desarrollar investigaciones y articular e integrar la medicina tradicional y alternativa con la medicina biomédica. Asimismo, en el marco de sus funciones el CENSI ha desarrollado significativos trabajos orientados a visibilizar e incorporar la variable étnica en los registros de salud, adecuar metodologías con carácter de diálogo intercultural, establecer normas técnicas con adecuación cultural, entre otros (CESI, Portal Web). Sin embargo, a decir de Seminario y Cárdenas (2011) el curso que se le ha ido dado al enfoque de interculturalidad desde el MINSA han sido esfuerzos aislados, con débiles debates y poco consensuados, repercutiendo consecuentemente en la escasa asignación presupuestal.

En lo que sigue desarrollamos el marco normativo referente al caso del VIH-Sida en el Perú, sin desentendernos de la influencia de organismos internacionales. Tratamos de identificar, en momentos distintos, las principales decisiones tomadas para hacer frente a esta enfermedad, así como los instrumentos de gestión que han permitido su ejecución y la pertinencia cultural de los mismos.

1.3.1. Organismos internacionales y su Influencia en políticas VIH-Sida

Muchas de las políticas públicas nacionales, en este caso las del VIH-Sida, es posible entenderlas en el marco de los acuerdos, lineamientos e instrumentos establecidos por organismos internacionales, suscritos por el Estado peruano. En ese sentido, como respuesta a las ITS/VIH-SIDA, podemos destacar la Declaración Mundial de Derechos Humanos, firmada en Viena en 1993; la de Población y Desarrollo, establecida en el Cairo en 1994; la de la Mujer, en Beijing en 1995; la Cumbre del Milenio, firmada el año 2000; el Foro Permanente de las Naciones Unidas para Cuestiones Indígenas (FPCI); entre otros.

La Cumbre del Milenio (2000), quizá sea el acuerdo que tenga mayor relevancia para efectos de la investigación, dado que resalta directamente el problema del VIH-Sida. En uno de sus ocho objetivos se plantea la necesidad de “Combatir el VIH-Sida, el paludismo y otras enfermedades” (Objetivo N° 6), y se establece como meta “haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH-Sida” (Meta 7). Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) también realizó aportes técnicos orientados a mejorar no sólo la atención de casos de VIH-Sida, sino también la identificación oportuna (mejorando la capacidad diagnóstica) y la prevención. Esfuerzos que luego se fueron canalizando a través del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH-Sida, ONUSIDA.

De acuerdo a estos antecedentes, el apoyo de los organismos internacionales han estado centrados eminentemente en los casos epidemiológicos y desde un enfoque biomédico. Es por ello el mayor énfasis en el tratamiento y en la investigación cuantitativa-epidemiológica sobre el VIH-Sida. La investigación cualitativa no ha sido una prioridad hasta hace pocos años, lo mismo se puede decir del enfoque de interculturalidad en las políticas de VIH-Sida. Estos elementos recientemente se están repensando, así como redefiniendo el problema público en contextos indígenas, pero bajo miradas y concepciones aún poco unificadas. Es por ello que las limitaciones son aún visibles, donde la adecuación y pertinencia cultural de los servicios de salud es una tarea pendiente por desarrollar.

1.3.2. Políticas nacionales sobre ITS/VIH-Sida

A nivel nacional es posible identificar varias decisiones de política que contemplan la prevención del VIH-Sida. En el cuadro que sigue, en primer lugar, resumimos el marco normativo que orienta las acciones generales frente al problema del VIH-Sida en el Perú.

Tabla N° 01: Normas nacionales orientadas a la prevención y control de ITS/VIH-Sida en el Perú

Norma legal	Denominativo	Concepto
Constitución Política	Art. 7°	<i>Todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa.</i>
	Art. 2, Inciso 19	<i>Que reconoce la diversidad y pluralidad de identidad étnica y cultural en nuestro país.</i>
Ley N° 26626	Ley Contrásida. (Año, 1996)	<i>Se encarga al Ministerio de Salud la elaboración del Plan Nacional de Lucha contra el VIH, el SIDA y las ETS.</i>
Ley N° 27657	Ley General de Salud) (Año, 2002)	<i>Que regula y promueve la intervención de la salud, orientada a la promoción, protección y rehabilitación de la salud, en un entorno saludable, con pleno respeto de los derechos fundamentales de la persona.</i>
Ley N° 28243	Ley que complementa la Ley 26626. (Año, 2004)	<i>Desde el cual se declara de necesidad nacional e interés público la lucha contra la infección por el VIH-SIDA y las ITS.</i>

Fuente: diversas normas nacionales. Elaboración propia

Estas principales decisiones políticas reseñadas en la tabla anterior para efectos de su implementación tuvieron varios instrumentos de gestión que le permiten orientar y viabilizar la tarea de la prevención y control del VIH-Sida. Los mismos que se resumen en la siguiente tabla.

Tabla N° 02: Instrumentos de gestión para la prevención y control de ITS/VIH-Sida en el Perú

Instrumentos	Norma legal	Descripción
Objetivos del Milenio	Objetivo 6	<i>Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades.</i>
	Meta 7	<i>Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA</i>
Acuerdo Nacional	Política de Estado N° 13 (equidad y justicia social)	<i>Promoción de la salud, la prevención y control de enfermedades transmisibles y crónico-degenerativas.</i>
Plan Nacional Concertado de Salud, al 2021	Cuarto Objetivo Sanitario Nacional	<i>Controlar las enfermedades transmisibles (malaria, tuberculosis, VIH-Sida)</i>

Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y sida	Resolución Ministerial N°771-2004/MINSA	<i>Orientada a la prevención y control de las ITS/VIH-Sida, a través de tres líneas de acción: i)prevención y promoción, ii)atención integral, y iii)prevención de la transmisión vertical.</i>
Plan de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de las ITS-VIH/SIDA	2005 –2009	<i>Orientado a mejorar la respuesta nacional frente el VIH-Sida, coordinando esfuerzos articulados intersectorial e interinstitucionalmente, así como con actores sociales organizados involucrados en la lucha contra el SIDA.</i>
Plan Nacional Concertado de Prevención y Control de ITS/VIH-Sida	2007-2011	<i>Orientado a reducir los casos de personas con VIH, a través de un esfuerzo masivo orientado a la comunicación, prevención, acceso al tratamiento antiretroviral y a una atención integral de calidad.</i>

Fuente: diversos instrumentos de política. Elaboración propia

Como vemos, en el Perú existe un significativo repertorio normativo y de instrumentos de gestión orientados a prevenir y controlar el VIH-Sida. Asimismo, de acuerdo a Cueto (2001) se identifican algunas etapas por las que atravesaron las políticas de VIH-Sida en el Perú. Aunque muchas de estas políticas, señala el autor, fueron en ocasiones intermitentes y precarias. Una primera etapa va desde el año 1983 hasta 1988, periodo en el que se crearon hasta dos comisiones y un programa del Estado para estudiar el problema del Sida. Luego, la segunda etapa que data desde los años 1988 al 2000, caracterizado por una fuerte planificación subsectorial, crecimiento y organización en torno a servicios de salud y estrategias frente al VIH-Sida. En este periodo se crea el Programa Especial de Control del Sida (PECOS), que luego, y como respuesta a la Ley Contrasida, en el año 1996 es remplazado por el PROCETSS. Finalmente, una tercera etapa que va del año 2001 en adelante (llegando hasta el año 2004) estuvo caracterizado por una débil respuesta, ruptura y hasta resquebrajamiento de las políticas y estrategias de prevención y control del VIH/SIDA, previamente desarrolladas (Cueto, 2001).

Luego de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de ITS/VIH-Sida, aprobada el año 2004, a nivel nacional no se identifican nuevas políticas. Lo que encontramos hacia adelante son simplemente instrumentos técnicos y dispositivos de gestión (como planes estratégicos y normas técnicas de procedimiento: protocolos) que se desprenden de las políticas anteriormente diseñadas. Pero éstas se caracterizan por el débil apoyo político, financiero y con escasa adecuación y pertinencia cultural.

Lo anteriormente reseñado nos permite concluir que existen políticas públicas orientadas a prevenir y controlar las ITS/VIH y Sida. Sin embargo, carecen de una mirada unificada e integral para abordar el problema. A ello, se suma la carencia de decisiones estratégicas y la asignación de recursos financieros suficientes para hacer frente a los nuevos retos que presenta este problema público. El enfoque de interculturalidad tampoco es ajeno a este conjunto de carencias. Por ello, encontramos políticas que poco o nada contemplan las condiciones del contexto y la pertinencia sociocultural, no sólo en el diseño sino también en la implementación y evaluación de políticas públicas de salud. Esto se hace necesario dada la pronta diseminación de la enfermedad en los contextos rurales, particularmente en pueblos indígenas que se presentan hoy en día como grupos de alto riesgo frente al VIH-Sida.



CAPÍTULO II: POLÍTICAS Y/O PROGRAMAS SOBRE EL VIH-SIDA IMPLEMENTADAS ENTRE EL PERIODO 2011-2014 EN NIEVA

Las características del contexto local y las principales decisiones políticas para el control y prevención del VIH-Sida, cobran gran relevancia en esta investigación. Por ello en este capítulo, desarrollamos tres aspectos básicos. En primer lugar, desarrollamos brevemente la historia de la cultura awajún y sus principales rasgos y características socioculturales, desatacando la magnitud del problema público del VIH-Sida en las comunidades Aguarunas del distrito de Nieva. En segundo lugar, describimos y analizamos las políticas y/o programas de prevención y control del VIH-Sida, que se implementaron desde el C.S. Nieva entre el periodo 2011 al 2014. Finalmente, en tercer lugar, hacemos un breve análisis respecto a la conceptualización y la definición operativa que asume el enfoque intercultural en la política pública implementada, así como de sus instrumentos de gestión que permiten su ejecución.

2.1. Generalidades y contexto sociocultural del pueblo Aguaruna

“Toda sociedad tiene su propia cosmovisión al igual que el mundo awajún (Aguaruna)... Por eso, los relatos mitológicos cobran vida existencial en su mundo. O sea, hay una relación entre el mito, el relato y las características propias de la forma de vida awajún” (Entrevista a Académico, Lima, 03 de octubre del 2015).

2.1.1. Comunidades Aguaruna y principales rasgos culturales

Respecto a los rasgos culturales es pertinente resaltar que persiste en el mundo awajún una estrecha relación entre el hombre awajún y su amplio bagaje cultural y cosmovisión mítica-religiosa. Sobre esta base relacional de referencia, influencia y complementariedad se han constituido los roles, identidades, formas de organización y conocimiento de todo aquello que les rodea. (García 2007, Brown 1984, Regan 2003).

De acuerdo a Regan (2003) la cosmología awajún es complementada sobre la base de tres mundos: el cielo, la tierra y el subsuelo:

Gráfico N° 02: Cosmovisión y representaciones mitológicas awajún



Fuente: Regan (2003) y Brown (1984). Elaboración propia

De acuerdo al gráfico, el flujo y complementariedad de los tres mundos, según la cosmovisión awajún, genera equilibrio en la vida de los Aguarunas. De los tres seres míticos de cada mundo, los awajún han obtenido poder y protección, conocimientos para la agricultura, alfarería y otras actividades, capacidad organizativa, y conocimientos para el equilibrio entre la salud y la enfermedad: curanderos o brujos (Regan, 2003 y Brown, 18984).

Mader (1997) y Fuller (2009) señalan que el mito y el rito se vuelven en prácticas religiosas dentro de un campo sacrosanto. Lo mismo sucede para las prácticas de chamanismo, que involucra al curandero (el bueno) o al brujo (el malo). En este marco, de acuerdo a Fuller, el mito se constituye como una realidad que influye, exalta y codifica las creencias y legitima la moralidad. Además garantiza las reglas prácticas que aleccionan al hombre, influye en la forma de organización de la comunidad y, dentro de ello, la organización de un sistema propio de salud, basado en hierbas y ritos espirituales-chamánicos. Una práctica que sobrepasa la individualidad y se constituye en la colectividad.

La importancia de esta descripción, como se mencionaba inicialmente, es que la cultura Aguaruna y el amplio bagaje de su cosmovisión genera cierta tención en la adecuada funcionalidad de los programas de salud que oferta el C.S. Nieva. Particularmente, con el Programa de prevención y control de ITS/VIH-Sida, tal cual se trabajará ampliamente en el capítulo III y IV de este

informe de tesis. Asimismo, es relevante porque al reconocer la cosmovisión y el sistema de salud local, nos convoca a repensar e incluso a poner en cuestión la forma como se diseñan y consecuentemente cómo se implementan las políticas públicas de salud orientadas a pueblos indígenas. Realidad que de acuerdo a los estudios de Chávez, Yon y Cárdenas (2015) y la Defensoría del Pueblo (2015), descansa aún en la escasa capacidad del MINSA para dinamizar formas concretas orientadas a promover la salud intercultural. Además de la carencia de políticas sectoriales de salud con pertinencia cultural, por lo mismo se desentienden del contexto local donde se implementan y los resultados suman a la exclusión en el acceso al servicio.

2.1.2. Características sociodemográficas del contexto local: el distrito de Nieva

La provincia de Condorcanqui constituye una de las siete provincias del departamento de Amazonas. Está ubicada en zona de frontera en la selva norte y conformada por tres distritos: Nieva, El Cenepa y Río Santiago. Tiene una población de 43,311 habitantes, principalmente nativa-indígena de la etnia awajún y wampís, y en menor cantidad población mestiza (INEI, Censo 2007).

Para efectos de esta investigación nos centraremos en el distrito de Nieva, que cuenta con una población de 22,192 habitantes, siendo el más poblado de la provincia de Condorcanqui. Aproximadamente, el 15% de su población se concentra en la capital de Nieva y más del 85% se asienta en zonas rurales dispersas en los centros poblados y comunidades nativas (INEI, Censo 2007). Se trata de comunidades nativas con una precaria infraestructura en viviendas (hechas a base de material rústico de la zona), en servicios básicos: agua entubada o potable, desagüe, alumbrado eléctrico, teléfono, internet, y con limitados servicios de salud, educación, transportes, etc. (PDC-Prov. Condorcanqui, 2008).

La economía principal del distrito se sustenta en actividades agrícolas basada en productos de pan llevar, pesca y recolección, principalmente orientada a atender las necesidades familiares. Aunque en años recientes se

ha ido dinamizando actividades de comercialización a través del intercambio o la transacción con dinero, pero que favorece principalmente a la población mestiza y se desarrolla en la capital de la provincia (PDC-Prov. Condorcanqui, 2008).

El único medio de transporte es fluvial: balsa, canoa, peque-peque, chalupa, deslizador, o botes. El tiempo promedio de traslado de las comunidades hacia la capital de Nieva, puede tomar entre 1 hora a dos días de viaje por río, dependiendo el medio de transporte fluvial a utilizar.

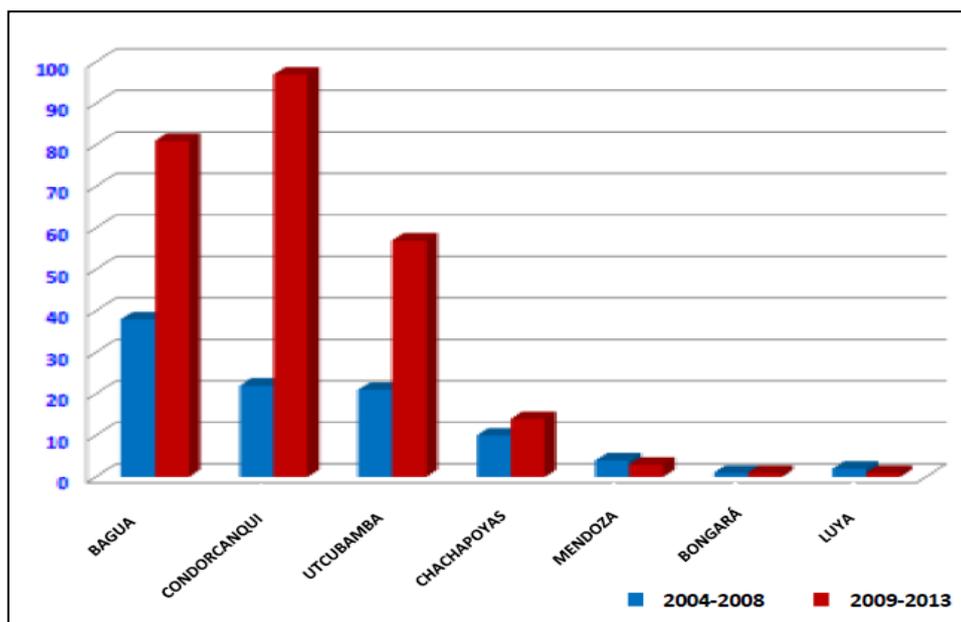
Estas características socioculturales y socioeconómicas de las comunidades Aguarunas, a decir de Farmer (1997) y Baer (2003) representan críticas condiciones estructurales, tales como exclusión política, inequidad social en el acceso a recursos y servicios públicos, discriminación, así como relaciones de poder asimétrica. Todo ello pone en cierta desventaja y vulnerabilidad a estas poblaciones frente a nuevas enfermedades hasta ahora desconocidas para ellos. Una vulnerabilidad que, como bien señalan Chávez, Yon y Cárdenas (2015) y el Informe de la Defensoría del Pueblo (2015), se agrava aún más si se toma en cuenta la escasa capacidad resolutive de los establecimientos de salud.

2.1.3. Problema público: el VIH-Sida en el distrito de Nieva

Es un hecho que el problema de las ITS y el VIH-Sida ha comenzado a propagarse y diseminarse de forma alarmante entre la población Aguaruna. A decir de una entrevistada “Es una epidemia que avanza y llega más rápido que la oferta de los programas de salud a las comunidades nativas” (Entrevista a ex personal de salud de Nieva, 03 de setiembre de 2015).

Desde el año 2005, que se identifican los dos primeros casos de VIH-Sida en las comunidades nativas Aguarunas del distrito de Nieva, de la provincia de Condorcanqui, esta enfermedad se ha incrementado considerablemente, tal cual podemos apreciar en el gráfico siguiente:

Gráfico N° 03: Casos de VIH-Sida, según quinquenios 2004-2013

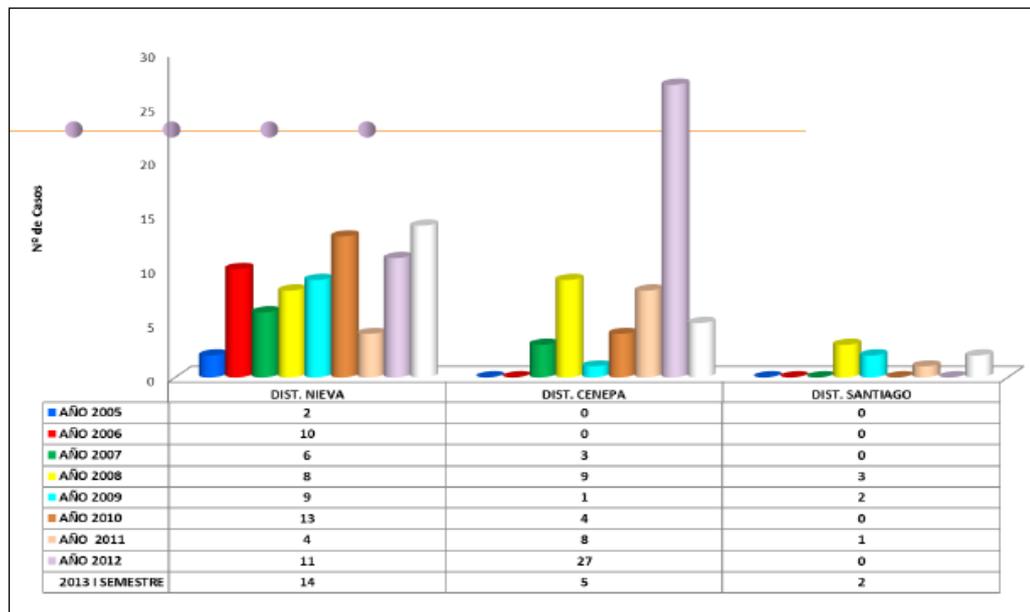


Fuente: Laboratorio intermedio Nieva: Sistema de Vigilancia VIH/SIDA.

De acuerdo al gráfico, los casos de VIH-Sida identificados en la provincia de Condorcanqui (donde se ubica el distrito de Nieva) han tenido un considerable ascenso en contraste a las otras provincias de la región, sucede lo mismo con la evolución de casos de un quinquenio a otro en la misma provincia. Como vemos, en el primer quinquenio se reportó 22 nuevos casos, luego en el segundo quinquenio se reportó 97 casos, siendo 4,4 veces más que en el periodo anterior. Las otras dos provincias que también presentan un ligero incremento de casos de VIH-Sida en el último quinquenio, aunque menor a la de Condorcanqui, son Bagua y Utcubamba respectivamente (Entrevista a personal del C.S. Nieva, 06 de setiembre de 2015).

Un detalle aún más minucioso de la evolución del VIH-Sida por años y según distritos, que constituyen la provincia de Condorcanqui, se puede apreciar en el gráfico siguiente:

Gráfico N° 04: Casos de VIH-Sida por distrito, prov. Condorcanqui, año 2005-2013 I Semestre

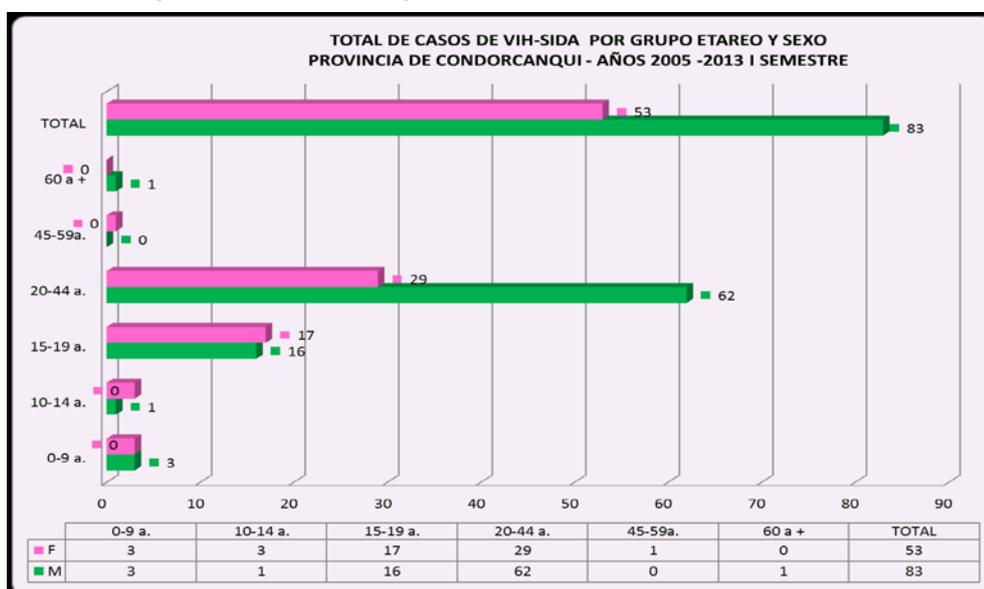


Fuente: Laboratorio intermedio Nieva: Sistema de Vigilancia VIH/SIDA

En el gráfico N° 04, se evidencia que en el distrito de Nieva se ha reportado el mayor número de casos, seguido por los distritos de El Cenepa y Río Santiago respectivamente. Asimismo, se evidencia que los picos más altos con el mayor número de casos se dieron en el año 2012, particularmente en el distrito de El Cenepa. De acuerdo a nuestro entrevistado, ello se debe al incremento en la capacidad diagnóstica a partir de las pruebas rápidas que ayudaron a detectar nuevos casos de VIH-Sida en esas zonas (Entrevista a personal del C.S. Nieva, 06 de setiembre de 2015).

El gráfico N° 05, representa la distribución de casos según grupo etareo y sexo. Muestra que el mayor número de casos de VIH-Sida, se concentra en la población entre los 20-44 años de edad, y principalmente en varones, a diferencia de las mujeres que representan un porcentaje menor. El otro grupo poblacional que también concentra un significativo número de casos corresponde a la población adolescente-joven, entre los 15 a 19 años de edad. En este grupo, la diferencia entre varones y mujeres no es muy marcada, lo que indica que el grado de vulnerabilidad es similar entre ambos sexos.

Gráfico N° 05: Distribución de casos de VIH-Sida por grupo etareo y sexo, prov. Condorcanqui, año 2005-2013 I Semestre



Fuente: Laboratorio intermedio Nieva: Sistema de Vigilancia VIH/SIDA

Al indagar sobre estos datos epidemiológicos alarmantes y sobre el origen de esta enfermedad en comunidades nativas awajún las opiniones son diversas. En principio, los profesionales de salud entienden que es una enfermedad foránea y emergente, que no pertenece históricamente a las comunidades awajún, con lo que estamos completamente de acuerdo. Sin embargo, para muchos de los locales, el conocimiento sobre la enfermedad sigue siendo aún difuso y hasta contradictorio, que se entremezcla entre concepciones biomédicas y culturales sobre el proceso de la enfermedad. A continuación sintetizamos, a partir de las entrevistas realizadas a profesionales y líderes awajún, las posibles rutas de ingreso de esta enfermedad hacia las comunidades nativas, así como las posibles causales de su rápida propagación:

❖ **Rutas de ingreso del VIH a las comunidades awajún:**

- Con mayor frecuencia resaltan la presencia de los campamentos militares, lugar donde los jóvenes awajún hacen el Servicio Militar. Durante esa temporalidad y su contacto con prostitutas (en visitas temporales a los campamentos) adquieren el virus del VIH. Éstos

jóvenes al tener contacto con jovencitas de comunidades aledañas al campamento militar o una vez terminado su servicio militar y regresar a su comunidad comienzan a propagar el virus.

- Asimismo, es una enfermedad que la asocian frecuentemente a la presencia de homosexuales, que dada las duras críticas y hostigamiento intracomunal se ven forzados a salir de sus comunidades y migrar a la ciudad, para luego de un tiempo retornar e instalarse en los lugares más emergentes (en este caso en Nieva, como capital de la provincia). Ellos establecen relaciones sexuales con los jóvenes awajún a cambio de dinero, ropa, etc., y sin protección, quienes quedan contagiados. Luego estos jóvenes, al retornar a su comunidad, tienen relaciones con sus pares nativas y finalmente la cadena del contagio puede llegar incluso hasta los hogares de las comunidades awajún.
- Otro factor que también sobresale es el proceso de migración de los jóvenes (varones y mujeres) a la ciudad, sea por estudio o trabajo. Allí establecen relaciones sexuales riesgosas, donde quedan infectados, para luego de un tiempo retornar a sus comunidades y propagar el virus entre sus paisanos.
- Algunos líderes nativos, asocian la presencia de esta enfermedad en comunidades nativas a las migraciones de comerciantes, mineros informales, madereros, etc. Ellos al tener relaciones sexuales con jovencitas o incluso señoras a cambio de dinero o cosas y sin protección, han transmitido el VIH y otras ITS.
- El incremento de bares y cantinas en la capital de Nieva, donde los jóvenes y adultos nativos establecen actos sexuales sin protección y son propensos de quedar contagiados.

❖ **Causales de su rápida propagación en las comunidades awajún:**

- Sobresale el sistema de creencias referidas a la sexualidad, la reproducción y el cuerpo, así como las relaciones de género desiguales que resultan deducible para efectos de entender la propagación de esta enfermedad infectocontagiosa en las comunidades nativas. En este

sistema de creencias y relaciones desiguales el uso de preservativos se vuelve muchas veces inaceptable durante las relaciones.

- Las concepciones culturales propias sobre la enfermedad limita también un adecuado tratamiento y control sobre el VIH-Sida. Lo consideran como un problema de brujería antes que una enfermedad viral e infectocontagiosa. En este marco resulta complejo el despliegue de acciones de prevención por dos razones: 1) al ser entendido como una enfermedad producto de la brujería suelen acudir al brujo antes que al establecimiento de salud, y 2) no se concibe la idea de que un portador de VIH, aparentemente sano, sea riesgoso y potencialmente contagioso. A ello se debe sumar los prejuicios que se han construido respecto al uso del condón. Para ambas situaciones las medidas de prevención del contagio resulta siendo un reto para el personal de salud.
- Y finalmente, un factor que es reconocido tanto por personal de salud y algunos líderes awajún, es la incapacidad por parte del sistema de salud oficial para diseñar políticas públicas que respondan a las necesidades de la población, adecuadas al contexto y con pertinencia cultural. Particularmente, para este caso, las referidas a la salud sexual y reproductiva, y dentro de estas específicamente las referidas a las de ITS/VIH-Sida.

Lo anteriormente señalado, además de evidenciar las posibles rutas de ingreso y las causales de riesgo para una aguda diseminación de la enfermedad en las comunidades nativas, pone al descubierto también la complejidad de su abordaje. Una complejidad que se basa no sólo en las concepciones y bagajes socioculturales distintos respecto a la enfermedad, sino también respecto a las características mismas que implican su prevención, atención, tratamiento y recuperación. Ello sin duda pone en cierta tensión a los programas de salud a la hora de su implementación, así como al personal de salud con la población local.

En este escenario es evidente la presencia de una brecha claramente marcada. De acuerdo a Mujica y otros (2007), esa brecha está caracterizada

por un lado, por el poco conocimiento por parte del sector salud de las concepciones y prácticas sobre salud y enfermedad de los pueblos indígenas, así como una débil adecuación cultural de la oferta de servicios de salud oficial. Por otro, el rechazo persistente a la medicina occidental por parte de los locales, sea por razones históricas de hegemonía y subalternidad entre los prestadores del servicio y los/las usuarios(as), o por la escasa capacidad resolutive de los establecimientos de salud para atenuar las enfermedades de los locales (Huayhua 2006, Anderson 2001). Ello, en su conjunto, limita un adecuado flujo del proceso de implementación, articulación y de respuesta intercultural a la problemática de salud de los pueblos indígenas, particularmente a la enfermedad del VIH-Sida.

2.2. Políticas sobre VIH-Sida que se implementaron entre el periodo 2011-2014 desde el nivel local: Centro de Salud Nieva

En este subcapítulo, realizaremos una descripción de aquellas políticas o programas sobre ITS/VIH-Sida que se implementaron desde el C.S. Nieva (nivel local), entre el periodo 2011 al 2014. Sin embargo, dada la linealidad de las políticas de salud es necesario hacer una mirada retrospectiva de las políticas orientadoras. Por ello, desarrollamos en primer lugar la política rectora sectorial-nacional sobre el VIH-Sida (MINSA), para luego sobre esa base describir las políticas que se implementaron desde el nivel regional (DIRESA-A), y finalmente el nivel local (C.S. Nieva), que es el objeto de nuestra investigación.

2.2.1. Política nacional rectora sobre ITS/VIH-Sida: MINSA

La política rectora a nivel nacional en materia de prevención y control del VIH-Sida es la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH-SIDA (ESNPC ITS/VIH-Sida), aprobada el año 2004. Desde ella se norman los procesos de organización vinculados a la prevención y control de las Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/SIDA.

En el marco de su diseño, la Estrategia considera tres líneas de Acción: i) Área de PREVENCIÓN, que incluye prevención y promoción; ii) Área de ATENCIÓN INTEGRAL, que incluye la identificación y capacidad diagnóstica, pruebas de carga viral, el tratamiento antirretroviral (la norma técnica del TARGA) y la descentralización paulatina de la administración del tratamiento, y iii) Área de TRANSMISIÓN VERTICAL, que incluye prevención de la transmisión vertical y el aplicativo de las pruebas rápidas como mecanismo de prevención e intervención profiláctica (MINSA, portal web: www.minsa.gob.pe).

Esta estrategia, en el marco de la descentralización de los servicios públicos, se desconcentra a las DIRESAS, Redes y Microredes, así como a los establecimientos de salud. Sin embargo, si bien se cuenta con un diseño que busca abarcar varios frentes del problema del VIH-Sida, el enfoque del diseño es eminentemente biomédico y homogenizante. Por lo mismo, presenta serias limitaciones durante la implementación, más aún cuando ésta se realiza en población indígena, tal cual lo desarrollaremos en el capítulo siguiente.

2.2.2. Política regional sobre ITS/VIH-Sida: DIRESA-Amazonas

Los Gobiernos Regionales y las Direcciones Regionales de Salud, producto de la descentralización y regionalización, han ido adquiriendo mayor relevancia y capacidad de liderazgo para la respuesta social en salud. Es en este marco que interesa el Gobierno Regional de Amazonas y aquellas decisiones orientadas a prevenir y controlar las enfermedades de VIH-Sida, que por competencia recaerían a la Dirección Regional de Salud-Amazonas (DIRESA-A). En ese sentido, lo que encontramos, como uno de los documentos centrales que orientaban el accionar de la salud pública regional entre el periodo 2011 al 2014, es el Plan Regional Concertado de Salud Amazonas 2008-2021 (PRCSA). A decir de nuestra entrevistada el PCRSA, es un documento de gestión que recoge, agrupa y visibiliza problemáticas locales.

“(...)se trata de un plan que contó con la participación de diferentes actores de la región, teniendo en cuenta variables diversas de los

participantes, tales como mujeres, niñas y niños, jóvenes, sociedad civil organizada, autoridades, líderes(as) indígenas, personas con discapacidad, adultos mayores, entre otros” (Entrevista a directivo de la DIRESA-A, Chachapoyas, 29 de setiembre de 2015).

En este marco conviene resaltar que el problema de las ITS y del VIH-Sida, ocupan un lugar preponderante en el PRCSA, ubicándose, como una de las tres primeras causas de enfermedad que más preocupa a la población. Además, logra diseñar objetivos, resultados, metas, estrategias e intervenciones regionales para cada lineamiento de política priorizada. En este marco, el Lineamiento de Política N° 02: vigilancia, prevención y control de las enfermedades transmisibles y no transmisibles, es donde se encuentra las acciones orientadas contra las ITS, VIH y Sida.

La entidad regional responsable de su implementación, monitoreo y evaluación recae en la Coordinadora Regional de la Estrategia Sanitaria de ITS/VIH-SIDA. Se asume, que es el órgano principal que orienta las actividades de prevención, atención y seguimiento de las ITS, VIH-Sida, desde el nivel Regional de Salud, hacia las Redes y Microredes de Salud, y finalmente a los establecimientos de salud. Obviamente supeditada a los cambios normativos que se establezcan desde el nivel nacional de salud.

Posteriormente, en el año 2014, desde la DIRESA-A, y en el marco del PRCSA 2008-2021, se diseñó un instrumento de gestión denominado “Hoja de Ruta 2014 - 2016”. Este instrumento sirvió de marco orientador para la implementación de estrategias y acciones prioritarias que ayudan a enfrentar los problemas de salud de la Región Amazonas en el corto y mediano plazo. Se trata de una propuesta articulada con los demás sectores, cooperación externa y con el apoyo técnico- político y liderazgo del Gobierno Regional (Entrevista a directivo público de la DIRESA-A, Chachapoyas 29 de setiembre de 2015).

La Hoja de Ruta, al igual que el PRCSA, presenta un contenido bastante operativo, basado en prioridades, resultados, indicadores, metas e intervenciones priorizadas para el periodo 2014-2016. Además, se entendía como la ruta a través del cual orientarían todos sus esfuerzos técnicos, logísticos, financieros y políticos, buscando contribuir y mejorar las

condiciones de salud de la región. Las principales prioridades de la Hoja de Ruta se organizaban en nueve:

Tabla N° 03: Prioridades de la Hoja de Ruta

PRIORIDADES	
1.	Mortalidad materna y perinatal.
2.	Desnutrición crónica infantil.
3.	Incremento de las ITS/VIH-SIDA.
4.	Alto riesgo de incremento de TBC pulmonar.
5.	Alta prevalencia de enfermedades metaxénicas y riesgo latente de rabia silvestre.
6.	Incremento de enfermedades no transmisibles (crónico degenerativas, de salud mental y cáncer).
7.	Bajas coberturas de afiliación y de prestación en el Seguro Integral de Salud.
8.	Aspectos administrativos de gestión.
9.	Inadecuada calidad de la atención hospitalaria.

Fuente: Hoja de Ruta 2014-2016 - DIRESA-A

El problema de las ITS y el VIH-Sida se ubica entre las tres primeras prioridades, develando así la importancia del problema actual en la región Amazonas. Asimismo, vale considerar que dentro de la primera prioridad, se incluía también un componente asociado a la identificación y prevención de casos de VIH-Sida y Sífilis en gestantes y recién nacidos vivos (Entrevista directivo de la DIRES-A, Chachapoyas, 30 de setiembre de 2015).

En la tabla que sigue es posible identificar elementos básicos de lo que sería un proceso de planificación. Se resaltan en ella la prioridad sanitaria Regional, así como los indicadores, metas y fuentes de verificación, a tener en cuenta en la implementación de la Prioridad sobre el problema del VIH-Sida.

Tabla N° 04: Prioridad, indicador y metas sobre el incremento de las ITS y VIH-Sida

N°	PRIORIDAD SANITARIA	N°	INDICADORES	LÍNEA DE BASE 2013	FUENTE	DIRESA			CONVENIOS
						METAS POR AÑO			
						2014	2015	2016	
3	Incremento de las ITS VIH-SIDA.	38	Proporción de población de 18 a 59 años tamizadas para VIH.	71%	HIS	100%	100%	100%	HR
		39	Proporción de gestantes tamizadas para VIH-Sifilis.	67%	HIS	90%	95%	100%	HR
		40	Porcentaje de personas tratadas con manejo sintomático de ITS.	77.00%	HIS	90%	95%	100%	HR
		41	Proporción de PWS enrolados con atención integral.	49%	Informes TARGA	50%	70%	80%	HR

Fuente: Hoja de Ruta 2014-2016 (DIRESA-A)

De todo ello, se puede inferir que los procesos de planificación realizados por la Dires-A resulta alineándose a los objetivos y prioridades establecidas en el Plan Nacional Concertado de Salud. De acuerdo a nuestra entrevistada, el alineamiento se hace necesario por la dependencia administrativa y presupuestal más no por los principios de planificación estratégica establecida por CEPLAN. Es decir, las decisiones presupuestales se concentran en el nivel nacional y resultan siendo lineales de arriba hacia abajo. Por ello, los procesos de planificación regional están siempre condicionados a la variable recursos financieros disponibles, que por cierto resulta siendo escaso (Entrevista a directivo público de la Dires-A, Chachapoyas 30 de setiembre de 2015).

En el marco de la prioridad sanitaria orientada a la prevención y control de las ITS/VIH-Sida, es preciso resaltar, que se presta mayor atención a las actividades de identificación, atención y tratamiento de pacientes con VIH-Sida, siendo menor el despliegue orientado hacia la función preventiva-promocional de la salud y al trabajo familiar y socio-comunitario. Tampoco encontramos indicadores y metas cualitativas referente a la interculturalidad.

2.2.3. Política local sobre ITS/VIH-Sida: Red de Salud Condorcanqui y Centro de Salud Nieva

En el nivel local se encuentra la Red de Salud Condorcanqui, ubicada en Nieva, como capital de provincia. La Red de Salud es la encargada de direccionar todo el aparato de salud hacia el logro de los objetivos estratégicos y funcionales en el ámbito provincial de su jurisdicción. En este caso incluye los distrito de Nieva, El Cenepa y El Santiago (Entrevista a directivo de la Red de Salud Condorcanqui, Nieva 06 de octubre de 2015). En cada distrito, se ubican Microredes de Salud, que en la práctica funcionan como Centros de Salud y, tienen bajo su jurisdicción a puestos de salud.

Lo que se implementó desde la Red de Salud Condorcanqui entre el periodo 2011-2014 referente al problema de ITS y VIH-Sida, es la Estrategia ITS/VIH-Sida re-planificada. Desde esta estrategia se coordinaba la implementación de sus líneas de acción a través de los Centros y Puestos de

Salud. En este marco concentra las atenciones desplegadas desde los Programas de ITS/VIH-Sida, PPFf y del Programa Materno Infantil. Éste último, básicamente desde su línea de prueba rápida, tamizaje y control de gestantes y RN vivos sobre VIH-Sida y Sífilis (Entrevista a directivo de la Red de Salud Condorcanqui, Nieva 06 de octubre de 2015).

También en el nivel local se encuentra el Centro de Salud de Nieva. Éste hace las veces de Microred de Salud y tiene bajo su coordinación a 16 puestos de salud. Desde el C.S. Nieva y sus puestos, entre el periodo 2011-2014 se implementó el Programa de ITS/VIH-Sida y el Programa de PPFf. Ambos además de representar la forma operativo del servicio desde lo local, dependen de la ESNPC ITS/VIH-Sida de la Red de Salud Condorcanqui, y éste a su vez responde administrativamente a la Coordinadora Regional de la Estrategia Sanitaria de ITS/VIH/SIDA, así como de la Dirección Regional de Epidemiología (Entrevista a personal del C.S. Nieva, 04 de octubre de 2015).

Asimismo, desde el C.S. de Nieva existe el Programa Materno-Infantil, que también contempla un componente orientado a prevenir, identificar y controlar casos de VIH-Sida y Sífilis en madres gestantes y recién nacidos vivos. Básicamente hacen tamizaje para pruebas rápidas y monitorean la profilaxis. También coordinan las referencias para el parto por cesárea. Controlan la no lactancia del recién nacido vivo, en casos de madres infectadas con VIH-Sida. Evitando así, el contagio madre-niño.

Para los tres programas, ITS/VIH-Sida y PPFf y el Programa Materno-Infantil, es fundamental contar con el apoyo del área de laboratorio (denominado localmente como Laboratorio Intermedio). A través de ésta área es posible hacer las pruebas rápidas de descarte, más no las pruebas de confirmación ni las pruebas de control. Estas se realizan en la ciudad de Bagua (en un centro con mayor capacidad resolutive).

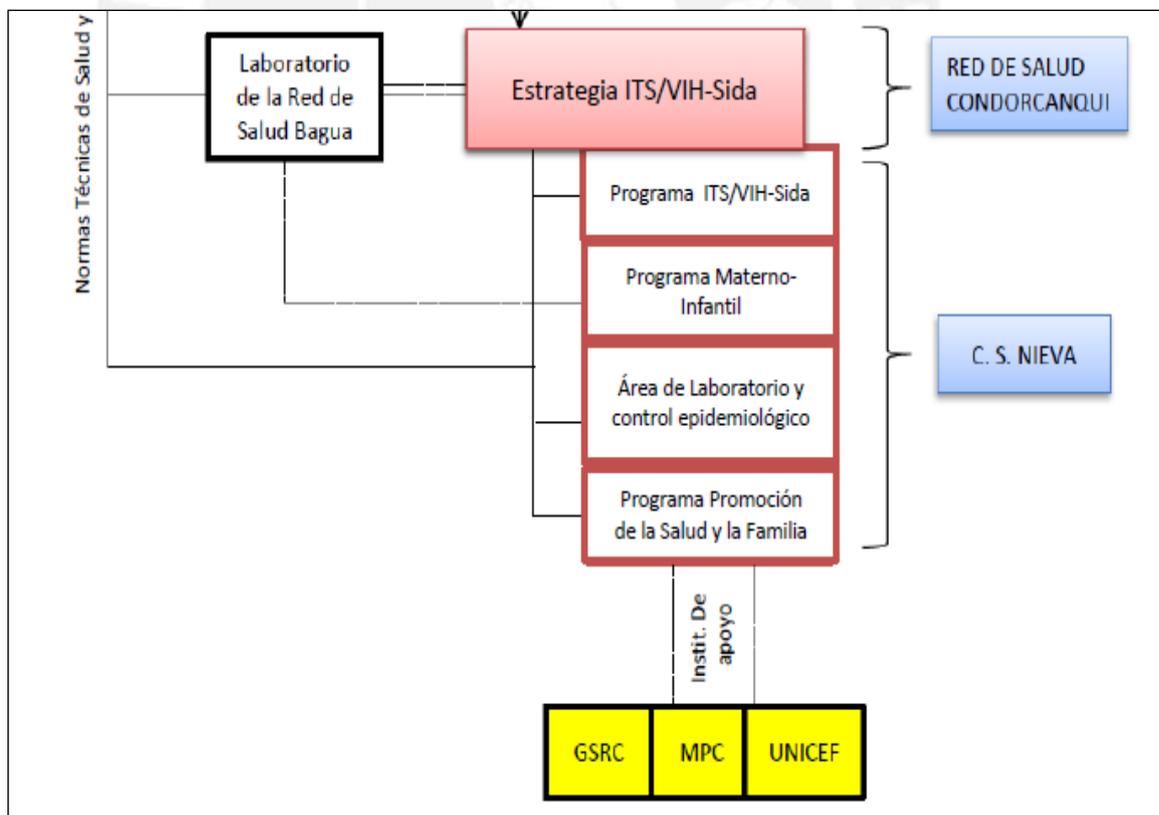
“Aquellos pacientes que tengan como resultado positivos en su prueba rápida, se les tiene que sacar una muestra con más sangre y eso se envía al laboratorio referencial de la Red de Salud de Bagua que demora de dos a tres semanas, es un laboratorio más implementado que puede hacer la prueba de ELISA. Si el resultado es positivo, el suero de esa sangre se envía a Lima, al Instituto Nacional de Salud (INS), para la

prueba definitiva, ahí demora un mes. Así funciona el proceso” (Entrevista a ex personal del C.S., Nieva, 03 de setiembre de 2015).

Aquellos pacientes que salgan como SeroPositivos, tienen que acudir hasta el Laboratorio de Bagua, para poder hacer su control de Carga Viral (CV), y recibir el Tratamiento Antiretroviral de Gran Actividad (TARGA). El traslado del paciente desde Nieva hasta Bagua tiene que ser asumido por el mismo paciente, lo cual dificulta muchas veces el adecuado y debido proceso en el servicio de salud. Los convenios con algunas instituciones pueden ayudar a solventar los gastos del traslado pero no se hacen de forma constante (Entrevista a personal del C.S. Nieva, 06 de octubre de 2015).

Esquemáticamente, los programas operativos orientados a prevenir y controlar el VIH-Sida que se implementaron entre el año 2011 al 2014, desde el C.S. Nieva se representaría de la siguiente manera:

Gráfico N° 06: Esquema de Programas sobre ITS y VIH-Sida en Nieva



Elaboración propia, sobre la base de las entrevistas

Queremos resaltar en esta parte la funcionalidad del Programa denominado Promoción de la Salud Familiar y Comunitaria. Como señala nuestro entrevistado, este es un programa que lamentablemente no está siendo bien aprovechado y orientado hacia el logro de sus objetivos. Además, cuenta con un mínimo presupuesto que también limita su adecuado funcionamiento (Entrevistas a funcionario de salud de Nieva, 04 de octubre de 2015).

En términos generales, las políticas identificadas en los tres niveles de gobierno e implementadas en el periodo de análisis de la investigación, no han pasado más allá de aquello que Pressman y Wildavsky (1998) denominan la formalidad del Plan y la regla. Planes que se desarrollan en los niveles más altos para luego ser asumidos por los niveles inferiores a modo de mandatos (la DIRESA y el C.S. Nieva). Es por ello que, lo que encontramos en el nivel regional y local son proceso de re-planificación sobre la base de lo planificado en lo nacional, basado en planes y el cumplimiento de metas. Desde la perspectiva de CEPLAN, este proceso establecería una lógica de planificación estratégica sectorial-territorial, sin embargo hay que resaltar que este proceso se da a través de lo que Peters (2002) denominaba reformas y cambios de los procesos de gestión, a través de los cuales los gobiernos de cada nivel toman sus propias decisiones. Sin embargo, los marcos de autonomía decisional en los niveles regional y local aún son restringidos y difusos, y más aún cuando estas decisiones no son avaladas con el presupuesto financiero correspondiente, por lo que quedan supeditados a las decisiones del nivel central.

2.3. Conceptualización y operativización del enfoque intercultural en las políticas e instrumentos de gestión

En la última década el enfoque de interculturalidad, al igual que género y derechos humanos, ha comenzado a copar lugares importantes en el análisis, diseño, implementación y evaluación de las políticas públicas. Tanto así, que en algunos sectores se ha convertido en exigencia transversal para todas sus organizaciones y direcciones, repercutiendo en sus unidades directivas,

órganos de apoyo y en los órganos de línea. Este es el caso del MINSA, que ha comenzado a resaltar la importancia de la transversalización del enfoque intercultural. Para tal efecto, señalamos algunos mandatos e instrumentos de gestión que, se asumen, orientan la transversalización del enfoque intercultural en la política orientada a prevenir y controlar las ITS/VIH-Sida.

Tabla N° 05: contenido de interculturalidad en los instrumentos de gestión sobre VIH-Sida

Documentos normativos	Temporalidad	Contenido
Estrategia Sanitaria Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas		Que posibilitó un avance en la búsqueda por implementar servicios de salud con pertinencia cultural
Transversalización del enfoque de género, interculturalidad y derechos en salud	R.M. N° 039-2005/Minsa, Art. 4	Que aprueba la creación de la Unidad Técnica funcional de Derechos Humanos, Equidad de género e interculturalidad en salud
	R.M. N° 638-2006 –Minsa.	Que aprueba el documento técnico «Enfoque de derechos humanos, Equidad de género e interculturalidad-Marco conceptual»
	R.M. N° 1112-2006 – Minsa	Que aprueba la directiva Administrativa N° 102 – Minsa/DGSP – V. 01 directiva administrativa para la implementación de la norma técnica «Transversalización de los enfoques de derechos humanos, equidad de género e interculturalidad en salud».
Salud reproductiva con enfoque intercultural	R.M. N° 598-2005-Minsa	Que aprueba la Norma Técnica N° 033 V.0, sobre la «Atención del parto vertical con adecuación intercultural»
	R.M. N° 278-2008-Minsa	Que aprueba el documento técnico «Adecuación cultural de la consejería y orientación en salud sexual y reproductiva»
Reforma de la Salud, 2012	Lineamientos y Medidas de Reforma del Sector Salud, 2013	Aborda el tema de salud y el enfoque intercultural en el ítem Tercer Reto, precisando que: "(...)responder a las características culturales de la población (...)", En el Lineamiento 2: promover el enfoque de interculturalidad, la adecuación cultural y el fortalecimiento de capacidades del personal de salud en materia intercultural.

Fuente: Documentos de gestión. Elaboración propia

En los instrumentos de gestión se define la transversalidad del enfoque intercultural, definiciones que recogen conceptos básicos y generalizables, algunos con más elementos que otros. Respecto a las políticas y/o programas sobre el VIH-Sida, de los tres niveles de gobierno, podemos también identificar aproximaciones conceptuales sobre interculturalidad, tal cual se aprecia en la tabla siguiente:

Tabla N° 06: contenido de interculturalidad en documentos de gestión por niveles de gobierno

Niveles	Dispositivo	Definición	Operativización
MINSA	ESN PC ITS/VIH-Sida	Si	No
	NTS VIH-Sida	Si	No
DIRESA-A	PRCS-A	Si	No
	HOJA DE RUTA AL 2016	Si	No
C.S. NIEVA	PROGRAMA ITS/VIH-Sida	Si	No

Fuente: Documentos de gestión. Elaboración propia

Analizando ambas tablas, se reconoce y define, desde el diseño, los enfoques de territorialidad, integralidad, interculturalidad y género, los mismos que se enmarcan en un escenario de derechos humanos, de equidad y de justicia social. Asimismo, aparece reiteradas veces en la justificación, visión, misión y en los valores instituciones de los distintos documentos antes reseñados. En ese sentido, para los funcionarios públicos la simple denominación del enfoque intercultural y de derechos humanos daría por sentado la comprensión y exigencia del reconocimiento y respeto de la diversidad étnica-cultural de las comunidades Aguarunas. Así como la exigibilidad de la prestación del servicio con adecuación y pertinencia cultural. Sin embargo, nos preguntamos ¿cómo estos planteamientos orientadores de interculturalidad se visibilizan en la etapa de la ejecución, básicamente cuando éstas se ejecuta en comunidades nativas Aguarunas?

El tratamiento que se da al enfoque intercultural en todos los documentos de gestión referente al problema del VIH-Sida es únicamente conceptual y denominativo, más no operativos. Por lo mismo, muestra un vacío considerable en las etapas de la implementación y evaluación. Es decir, aún no se tiene claridad respecto a la forma de operativizar el enfoque intercultural durante la implementación. Por ello, Chávez y otros (2015), acertadamente, señalaban que la salud intercultural en las redes y microredes de salud no son un criterio de evaluación del personal de salud, ni suma como parte de las principales actividades a rendir.

CAPÍTULO III: PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN DE POLÍTICAS DE SALUD SOBRE ITS Y VIH-SIDA CON ENFOQUE INTERCULTURAL EN NIEVA

En el marco de lo que Lindblom (1991) denominaba el ciclo de una política pública, para efectos de este capítulo, interesa analizar la tercera fase denominada implementación. Al respecto, como señalábamos en el marco teórico, existen múltiples formas de definir la función de implementación. Por ello, tratando de evitar extensiones conceptuales innecesarias, entenderemos a la implementación como la forma de llevar a cabo una decisión de política básica, que contempla procesos de interacción entre el establecimiento de metas y las acciones generadas para lograrla (Sabatier y Mazmanian, 1981: 5 y Pressman y Wildavsky, 1993: XV).

Sobre esta base conceptual buscamos analizar la forma como se implementó la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH-Sida, desde el Centro de Salud de Nieva hacia las comunidades Aguarunas. Nivel donde la política se ejecuta por aquellos que Berman (1978) denomina los burócratas “al nivel de la calle”. Para efectos de este análisis, basada en la función de implementación, tomaremos dos componentes primordiales que forman parte de la Estrategia Nacional: i) la atención integral, y ii) la prevención. Ambos se contemplan a modo de flujos operacionales en el Programa ITS/VIH-Sida que se ejecuta desde C.S. Nieva. Dicho Programa está compuesto por cuatro fases de atención, por las que un paciente tiene que pasar al hacer uso del servicio. Estas fases son:

- i) Identificación y admisión del paciente
- ii) Capacidad diagnóstica
- iii) Administración del TARGA y pruebas de control, y
- iv) Promoción de la salud familiar y comunitaria

En lo que sigue, hacemos una pequeña presentación de cada una de las fases, seguido de las percepciones producto de las entrevistas realizadas tanto a personal de salud y a usuarios(as) nativos(as) Aguarunas que hicieron uso del servicio de salud. Finalmente, desarrollamos un análisis de los

principales factores identificados que limitaron una adecuada ejecución del programa.

3.1. Identificación y admisión del paciente

Es la etapa de captación a las personas en riesgo de ITS, sea porque llegan a buscar el servicio de salud o porque se los busca en el campo para que hagan uso del mismo. Incluye el registro inicial del paciente y una primera consejería sobre el motivo de la admisión y los procedimientos a seguir. Es el primer contacto que tendría el paciente con el programa.

Al respecto, nos preguntamos ¿Cuáles son los principales problemas que afectan el adecuado funcionamiento de esta fase, cuando se orienta a usuarios Aguarunas? Las respuestas a esta pregunta, obtenidas a partir de entrevistas tanto a personal del C.S. Nieva y usuarios(as) nativos(as), se analizan y sintetiza en los ítems que siguen y representan un conjunto de factores limitantes que repercuten en la adecuada funcionalidad de esta fase del Programa:

- **La poca asistencia de los pacientes indígenas Aguaruna en riesgo**

Los/las entrevistados(as) que trabajan en el sector de salud consideran que la población awajún acude poco a hacer uso del programa por la distancia de las comunidades con el centro de salud. Resaltan que las comunidades están distantes al Centro de Salud, por lo que hay que viajar entre 1 a 8 horas por río. Por lo mismo, el paciente nativo no puede esperar mucho tiempo para ser atendido. Además, indican que es raro que vengan a buscar el servicio, por lo general hay que ir a buscarles y eso cuesta (Entrevista a personal de salud de Nieva, Nieva 17-30 de setiembre de 2015).

Por su parte, los/las usuarios(as) nativos(as) resaltan que en el C.S. Nieva les hacen esperar mucho tiempo para ser atendidos. Incluso, después de la larga espera, en ocasiones, no son atendidos por el personal de salud ya sea porque éstos están en reuniones o de viaje. A ello añaden también la distancia y tiempo de viaje que tienen que dedicar desde su comunidad

hasta el establecimiento de salud, que sumado a la larga espera desanima frecuentemente la búsqueda del servicio de salud (Entrevista a pobladores y líderes(as) nativos awajún, Nieva 17-30 de setiembre de 2015).

- **Cohibición para hacer uso del servicio**

El personal de salud entrevistado señalan que particularmente los jóvenes (como población más vulnerable y en riesgo de ITS y VIH-Sida) tienen cierta cohibición para hacer uso del servicio de salud, en los horarios establecidos por el C.S. Nieva. Añaden que puede deberse a la vergüenza y a los prejuicios que los otros (sus paisanos) pueden hacer al respecto. Esto es más frecuente en los varones y menos en las mujeres (Entrevista a personal de salud de Nieva, Nieva 17-30 de setiembre de 2015).

Por su parte, los/las Awajún entrevistados(as) indican que para las mujeres y varones mayores awajún, es raro que un joven vaya al servicio de salud: le critican y genera sospechas de alguna enfermedad grave. Asimismo, señalan que hay una concepción awajún que el joven no tiene por qué ir al establecimiento de salud, porque se les asume como fuertes y vigorosos. Sólo pueden ir los viejos-ancianos y los niños, que son propensos a enfermar. Desde esa percepción local-cultural, muchos jóvenes se cohiben y no van a atenderse o pedir ayuda en caso de alguna enfermedad Sobre ITS o VIH (Entrevista a personal líderes y lideresas awajún, Nieva 17-30 de setiembre de 2015).

- **Prejuicios hacia el personal de salud y la capacidad resolutoria del establecimiento**

De las entrevistas al personal de salud, se rescata que los pacientes nativos acuden al servicio de salud con prejuicios previos hacia el personal de salud, hacia lo que les dan y sobre lo que se les dice. En algunas entrevistas se refiere que los awajún no les creen, a la vez que consideran que el personal mestizo y de afuera (de la ciudad) no saben sobre las enfermedades de los awajún. También consideran que los profesionales

vienen a esta zona a aprender y a practicar con los nativos (Entrevista a personal de salud de Nieva, Nieva 17-30 de setiembre de 2015).

Por su parte, nuestros(as) entrevistados(as) awajún indican que el personal de salud (principalmente los mestizos) les maltratan, les gritan, se burlan de ellos, que les juzgan por su condición, les critican y no les entienden. Además, consideran que acudir al centro de salud es perder tiempo, porque no siempre resuelven su problema de salud, sea porque no hay medicamentos de calidad, no hay equipos para atender rápido, o el personal de salud no sabe de su enfermedad (Entrevista líderes(as) awajún, Nieva 17-30 de setiembre de 2015).

- **Problemas de comunicación efectiva**

Las personas entrevistadas de salud, por un lado asumen que el personal no domina la lengua oriunda, por ello se tiene problemas para acoger, explicar y orientar al paciente nativo. Por otro, refieren que los nativos tampoco pueden hablar bien el castellano, por eso tienen problemas para explicar sus enfermedades con términos adecuados. Consideran que podrían recurrir a traductores pero no cuentan con presupuesto. Tampoco confían en los técnicos sanitarios de la zona como intérpretes a la hora de la atención porque consideran que ello vulneraría el derecho a la privacidad del paciente. Resaltan que es un problema bastante complejo que no se tiene en cuenta desde los “niveles altos”. Además, reconocen que no se cuenta con personal adecuadamente capacitado de la misma zona que pueda ayudar en la identificación y adecuada comunicación con los comuneros (Entrevista a personal de salud de Nieva, Nieva 17-30 de setiembre de 2015).

- **Ambientes, horarios y días de atención poco adecuados**

De las entrevistas al personal de salud se desprende que los varones jóvenes que requieren este tipo de consejería o servicio de salud, por vergüenza, no vienen a atenderse en el horario establecido por el C.S. Nieva. Los que vienen, por lo general, buscan el servicio en la tarde

noche, cuando no hay mucha gente, o suelen acudir a la casa del personal de salud. Pero reconocen que en esos horarios parte del personal ya no quiere atender y se pierden pacientes potenciales. Consideran que los nativos quieren que se les atiendan a la hora que ellos quieren y en el lugar que prefieren, por lo que no respetan la formalidad de la atención y los horarios establecidos (Entrevista a personal de salud de Nieva, Nieva 17-30 de setiembre de 2015).

Por su parte, los/las awajún entrevistados, resaltan que el personal de salud atienden cuando quieren. Señalan que siempre cuando van a atenderse el establecimiento está cerrado y el personal no les quiere atender. Asimismo, indican que el personal pone sus horarios de atención y por eso “ellos atienden la hora que les da la gana”. Consideran que el C.S. debe atenderles “a la hora que sea” porque ellos vienen de lejos y a veces ya no pueden regresar. Por eso muchas veces buscan al personal de salud en su casa, en su pensión o donde se encuentre. Pero, indican que, cuando hacen eso el personal de salud se molesta y les grita. Asimismo, reconocen que hay cierta vergüenza y temor en los jóvenes para ir a buscar atención de salud en el día, básicamente por los comentarios que se puede generar de los adultos awajún (Entrevistas a líderes(as) awajún, Nieva del 17-30 de setiembre de 2015).

3.2. Capacidad diagnóstica

Esta fase del flujo está orientada, principalmente, a las acciones de laboratorio que incluyen pruebas rápidas, pruebas de confirmación y pruebas definitivas. Las pruebas rápidas no requieren de un laboratorista especializado, dado que cualquier personal de salud previamente capacitado lo puede aplicar. Se usa para descartar o identificar potenciales infectados con el VIH. El procedimiento incluye una gota de sangre del dedo del paciente, la misma que inmediatamente se somete a una tira reactiva y determina la carga de células reaccionarias a la presencia viral. Esa prueba rápida sólo afianza la sospecha de una posible infección.

En cambio, las pruebas de confirmación son una práctica más especializada por lo que requiere una mayor capacitación del personal. Se realiza sólo a aquellos pacientes que sus pruebas rápidas hayan dado como resultado positivo. Para ello, es necesario una mayor cantidad de sangre que se extrae de la vena del paciente, esta posteriormente es aislada en un campo de laboratorio, luego preparada y embalsada adecuadamente para ser remitida a la ciudad de Bagua, donde hay un laboratorio especializado. El tiempo de demora de los resultados son aproximadamente 7 días.

Si la prueba de confirmación diera positivo, se realiza una prueba final. La muestra para ello es el suero de la sangre obtenida anteriormente y aislada técnicamente. Esta última prueba se realiza en el Instituto Nacional de Salud (INS) en la ciudad de Lima. El INS puede demorar de 3- 4 semanas en emitir su informe final. En promedio, un paciente puede tener su resultado final luego de un mes.

A continuación presentamos, a partir de las entrevistas, los hallazgos en ítems que representan factores limitantes para la adecuada funcionalidad en esta fase del programa:

- **Las comunidades no les reciben**

Los/las entrevistados(as) que trabajan en el C.S. Nieva indican que si esperan a que los nativos les busquen no cumplen con las metas establecidas, por ello tienen que salir a buscar a los pacientes a sus comunidades. Pero, refieren que cuando llegan a las comunidades, éstos no les reciben. Siempre existen problemas de coordinación. Reconocen que ello no les permite hacer los barridos de pruebas rápidas, dado que rechazan la presencia del personal de salud. Lo mismo para las pruebas confirmatorias. Asimismo, indican que algunos Apus (líderes comunales) boicotean las campañas de barrido, diciendo a las familias que no asistan a atenderse, que vayan al monte, a sus chacras, o que no lleven a sus hijos. Consideran que esas salidas fallidas les generan gastos injustificables y pérdida de tiempo, que sus superiores no entienden, quienes sólo piden resultados sin considerar los percances propios del contexto local-nativo, que dista mucho al de las ciudades. El personal de

salud entrevistado indica, asimismo, que si son menores de edad, los padres o apoderados se niegan a firmar la ficha de autorización, requisito legal para sacarle una muestra a niños y adolescentes (Entrevista a personal de salud de Nieva, Nieva 17-30 de setiembre de 2015).

Por otro lado, de las entrevistas a líderes(as) awajún, se resalta que el personal de salud no coordina con los Apus de las comunidades para realizar sus visitas y campañas. Consideran que el personal de salud no respeta a la comunidad y a sus organizaciones, porque entran cuando quieren y les ordenan a realizar actividades o tareas como si fueran sus muchachos. Esa actitud molesta mucho a los awajun, por ello los líderes ordenan a las familias de la comunidad no asistir a las campañas o en su defecto rechazan la visita del personal de salud y su comitiva. Los awajún consideran que debe haber más respeto y pedir permiso para que entren a su comunidad (Entrevista a líderes(as) awajún, Nieva del 17-30 de setiembre de 2015).

- **Prejuicios negativos a la práctica de sacarles sangres**

El personal de salud de Nieva señala que frecuentemente los nativos awajún creen que al sacarles sangre se les va a poner marcas (el 666-marca de la bestia), que se les va a transmitir enfermedades, o que se va a vender su sangre, etc.¹ Ponen muchos límites, que a juicio del personal de salud son injustificables. Refieren que, si ya es complicado sacarles una gota de sangre, es más difícil aún sacarles sangre de la vena, por ende con mayor razón rechazan la práctica de las pruebas confirmatorias. El personal tiene información que, de acuerdo a los *muunt* (antiguos), la sangre tiene un significado mítico, por lo mismo se les hace difícil captar a pacientes infectados en las comunidades. Señalan que cuando informan estas situaciones a los niveles altos (superiores), éstos refieren que el problema es de ellos por su mala coordinación e información (Entrevista a personal de salud de Nieva, Nieva 17-30 de setiembre de 2015).

¹ La idea de ponerles marcas, básicamente la marca de la bestia 666, presente en las comunidades Aguaruna se debe a la alta presencia de feligrés evangélica.

Por su parte los/las awajún entrevistados(as) refieren que en el mundo awajún hay muchas concepciones sobre la salud y la enfermedad que viene desde sus ancestros. También señalan que el sacarles sangre es algo nuevo en su comunidad, que nunca les han hecho eso, por eso muchos de sus paisanos tienen miedo y “creen muchas cosas”. Asimismo, señalan que el personal de salud no les explica bien, no les informa el motivo de sacarles sangre y sus efectos. Resaltan que los de salud vienen a la comunidad y les ordenan para sacarles sangre, por eso sus paisanos rechazan constantemente (Entrevista a líderes(as) awajún, Nieva del 17-30 de setiembre).

- **Dificultades para el traslado**

En las entrevistas, el personal de salud de Nieva resalta que los Apus líderes y familiares, incluso el mismo paciente, rechazan el traslado del enfermo hacia el Centro de Salud, más aún a otro de mayor capacidad resolutive (a la ciudad). Por ejemplo, las pruebas confirmatorias sólo se sacan en el C.S. Nieva, por ello se requiere trasladar a los sospechosos de infección de sus comunidades hacia el C.S. Indican que aunque se les ofrezca llevar gratis no quieren ir. En ese sentido, si con la prueba rápida se identificó algún sospechoso, es complicada tener una prueba confirmatoria. Por ello frecuentemente se pierde al paciente infectado (Entrevista a personal de salud de Nieva, Nieva 17-30 de setiembre de 2015).

Por su parte los awajún entrevistados señalan que es complicado dejar su comunidad y su familia. Aunque a veces el personal de salud les ofrece llevarles gratis en su movilidad, cuando llegan al pueblo o a la ciudad les abandonan, les dejan sin alimentación y no les orientan. Resaltan que el personal de salud les habla bonito para convencerles pero luego no cumplen lo que les han ofrecido, por eso ellos no creen y prefieren no viajar (Entrevista a líderes(as) awajún, Nieva del 17-30 de setiembre de 2016).

- **La agonía de la espera**

Los/las entrevistados(as) de salud refieren que los nativos no están hechos para esperar. Indican que si ya es un problema sacarles las muestras, decirles que esperen sus resultados es impensable. Entonces mientras se espera los resultados, frecuentemente el nativo regresa a su comunidad y en ese transe la cadena de infección se propaga, además que se va perdiendo al paciente en el camino. Explican que luego cuando van a buscarlos ya han migrado, o no les encuentra. El personal de salud resalta que, desde el C.S. Nieva, no pueden hacer nada, ni darles nada hasta que no tengan los resultados definitivos. Indican que lamentablemente son cuestiones de protocolo. Además, reconocen que en esa espera de resultados definitivos, los riesgos de contagio intracomunal es alta, dado las características locales de vivir su sexualidad y las relaciones sexuales. Más aún, cuando se rechaza la oferta de preservativos, por creencias o prejuicios (Entrevista a personal de salud de Nieva, Nieva 17-30 de setiembre de 2015).

- **Dilema de las leyes**

Nuestro entrevistados del C.S. Nieva y la Red de Salud Condorcanqui resaltan que algunos Apus y líderes nativos que aceptan las campañas de barrido para pruebas rápidas en sus comunidades, exigen que se les de la lista de los posibles infectados con VIH-Sida. Reconocen que ello, además de vulnerar el derecho de privacidad del paciente, pone en riesgo su vida y su integridad del mismo, ya que frecuentemente desde las comunidades nativas tienden a aislar, expulsar o matar al infectado y al responsable de la casusa de dicho mal, o sea el brujo. El personal de salud frecuentemente se pregunta cómo actuar en estos casos. Indican que los Apus quieren que se les de los nombres de los enfermos, pero los protocolos y la ley exige la privacidad. Refieren que aquí se presentan serias contradicciones (Entrevista a personal de salud de Nieva, Nieva 17-30 de setiembre de 2015).

Al respecto, de acuerdo a las entrevistas, los awajún consideran a la privacidad y el secretismo como un riesgo para la comunidad, por lo mismo prefieren rechazar la presencia de personal de salud en la comunidad. Dicen: “para qué les vamos a dejar entrar si no nos van a decir quiénes están enfermos”. Ellos consideran que la enfermedad en la comunidad involucra a todos, por ello todos deben estar enterados (Entrevista a líderes(as) awajún, Nieva del 17-30 de setiembre de 2015).

- **Formas locales de definir las enfermedades**

El personal de salud señala que los Aguarunas tienen muchas formas de definir localmente las enfermedades, lo que dificulta una buena prestación del servicio de salud. Señalan que ellos (los Aguarunas) parecen los médicos porque dicen lo que tienen y qué pastillas hay que darles. En cambios para otras enfermedades prefieren no traer al centro de salud al enfermo, prefieren llevarlo al curandero, porque señalan que es brujería o susto. Éste es el caso del VIH-Sida, que en reiteradas ocasiones lo asocian más a una enfermedad producto de la brujería. (Entrevista a personal de salud de Nieva, Nieva 17-30 de setiembre de 2015).

3.3. Administración del TARGA y pruebas de control

Una vez que el paciente sea diagnosticado con VIH y determinado el grado de infección, es registrado y codificado (código de paciente), para luego de una consejería comenzar a recibir tratamiento de acuerdo a un esquema previamente definido. Es lo que se denomina Tratamiento Antiretroviral de Gran Actividad (TARGA), que se entrega gratuitamente en establecimientos especializados y autorizados. Es un tratamiento ambulatorio que el paciente tienen que recibirlo mensualmente, previa prueba de carga viral.

Para el caso del C.S. Nieva, los pacientes con diagnóstico positivo reciben el tratamiento en la ciudad de Bagua. Para ello se requiere trasladar mensualmente al paciente para realizar su prueba de control de carga viral y la administración de su respectivo tratamiento. En estas prácticas, de acuerdo a las entrevistas al personal de salud y líderes(as) awajún, también se enlista

un conjunto de factores limitantes que repercute en una adecuada oferta del servicio del programa:

- **Problemas para el traslado:**

De acuerdo a las entrevistas, el personal de salud de Nieva indica que a los pacientes nativos, para hacer su control y recibir su tratamiento, hay que referirlo a Bagua y esto resulta complicado dado que, en primer lugar, debe asumir sus propios gastos. En segundo lugar, el paciente nativo no habla muy bien el castellano, por ende al ir a la ciudad tiene que salir con un familiar y con un personal de la zona. Gastos que no son cubiertos por el programa. Además, resaltan una serie de dificultades limitantes que tienen que ver con la estadía, la alimentación, la rutina, que resultan inadaptables para los awajún. Por ello, resaltan nuestros informantes, el cumplimiento de esta actividad resulta siendo muy complicada (Entrevista a personal de salud de Nieva, Nieva 17-30 de setiembre de 2015).

Por su parte los awajún entrevistados señalan que es complicado dejar su comunidad y su familia. Pese al ofrecimiento de llevarles gratis ellos no creen y prefieren no viajar. Asimismo, ven a la ciudad como un espacio muy complejo no sólo para comunicarse, sino también para desplazarse e interactuar (Entrevista a líderes(as) awajún, Nieva del 17-30 de setiembre de 2015).

- **Rechazo al tratamiento**

El personal de salud de Nieva indica que si se lograra sacar al paciente a su control y que reciba el tratamiento, luego éste se rehúsa a tomar las pastillas, por ende no cumple con la dosis del tratamiento. Reconocen que no hay la misma conciencia como sucede en las ciudades. Refieren que el nativo no está hecho para tomar pastillas todos los días, todos los meses y por el resto de su vida. Indican que esas cosas no se entiende desde arriba (directivos superiores). Por otro lado, el personal de salud explica que tomar las pastillas requiere previamente, que el estomago esté lleno y que el paciente tenga una buena alimentación nutritiva. Sin embargo,

desde su percepción, consideran que la dieta del nativo es muy particular, su alimentación puede consistir en yuca, plátano o sólo masato, incluso a veces ni come. Por lo mismo, señalan que al tomar las pastillas con el estomago vacío es riesgoso, puede generar adversidades o disminuir su eficacia. Añaden que el programa no está pensado de esta manera y no ha previsto estas limitaciones y particularidades en la alimentación, en las creencias, en las costumbres, ni el mismo sistema de vida de las comunidades. Finalmente, refieren que el régimen que el tratamiento demanda hace que el paciente se vaya perdiendo en el camino (Entrevista a personal de salud de Nieva, Nieva 17-30 de setiembre de 2015).

En cambio, a partir de las entrevistas realizadas a los/las líderes awajún, señalan que cuando un awajún se siente enfermo puede buscar ayuda en el curandero de su comunidad o en el centro de salud. Pero, resaltan que en estos casos el personal de salud les obliga a tomar las pastillas sin que ellos estén enfermos (corresponde al portador de VIH), por eso rechazan el tratamiento (Entrevista a líderes(as) awajún, Nieva del 17-30 de setiembre de 2015).

- **Cosmovisión y creencias locales**

El personal de salud y directivos de la red de salud, señalan que los Aguarunas creen mucho en los brujos, en los curanderos y prefieren hacer uso de ello antes que de la medicina que ofrece el Centro de Salud. Indican que a los pacientes nativos les cuesta concebir a la persona infectada (portadora) como potencialmente riesgosa y enferma. Su definición de enfermo se caracteriza por la presencia de signos y síntomas que lo hacen visible, por ello los nativos no asumen el riesgo de contagio como portadores de VIH-Sida. Frecuentemente, el personal de salud considera que están perdiendo su tiempo al atender a esto pacientes nativos (Entrevista a personal de salud de Nieva, Nieva 17-30 de setiembre de 2015).

Por otro lado, contrariamente, los/las awajún entrevistados(as) reconocen la importancia del curandero como primer espacio de consulta en caso de

enfermedad. Valoran mucho la presencia de un curandero a la vez que repudian la presencia de un brujo en la comunidad. Los/las awajún, señalan que muchas de sus enfermedades son provocadas en su propio espacio (en el monte) y corresponde a males de ese contexto por lo mismo debe ser tratado como tal. Por eso, señalan, que no entienden al personal de salud, ni sus motivos, cuando éstos quieren trasladar o sacar de su comunidad a un paciente enfermo. Dicen, que por eso sus paisanos se mueren rápido, dado que consideran que en la posta o en la ciudad no hay hierbas, no hay cortezas, no hay plantas que le pueden ayudar a recuperar su salud. Reconocen que la enfermedad del Sida (como lo llamamos los mestizos) es un tipo de brujería que lo preparan para que el paciente se debilite y se seque, porque le da mucha diarrea (Entrevista a líderes(as) awajún, Nieva del 17-30 de setiembre de 2016).

- **Inconsistencia de las normas técnicas y protocolos de salud**

Gran parte del personal de salud de Nieva y la Red considera que las normas y los protocolos están descontextualizadas es por ello que no se pueden cumplir en estos lugares. Asimismo, reconocen que si actúan de otra manera les sancionan por no regirse en base a los protocolos. Además, tienen serias dificultades para hacer un seguimiento y monitoreo adecuado del paciente. Así como las dificultades para una adecuada coordinación, articulación y trabajo conjunto y colaborativo con los otros programas del Centro de Salud. A ello añaden el bajo presupuesto con el que cuenta el programa para una adecuada ejecución de sus procesos operativos (Entrevista a personal de salud de Nieva, Nieva 17-30 de setiembre de 2015).

3.4. Promoción de la salud familiar y comunitaria

Este servicio a la vez que forma un componente de la Estrategia, orientado a la prevención y promoción de la salud frente a enfermedades transmisibles, se considera como una fase de atención en el marco del Programa del ITS/VIH-Sida que se ejecuta desde lo local. En ese sentido, a

diferencia de las consejerías individuales previstas en las fases anteriores, en este servicio se prevén las consejerías colectivas-comunitarias. Sus acciones, de acuerdo al diseño, no sólo bordean los límites de la organización sino que la sobrepasan, teniendo mayor actividad en el espacio social y comunitario, básicamente con la familia.

De acuerdo a las entrevistas realizadas al personal de salud y pobladores awajún, en lo que sigue se sintetiza también algunos factores que limitan una adecuada funcionalidad de esta fase del servicio de salud del Programa, cuando se oferta a comuneros nativos Aguarunas.

- **Escasos recursos**

Algunos ex-directivos de la Red de Salud y personal del Centro de Salud Nieva refieren que el componente de salud familiar y comunitaria, pese a ser el componente más interesante es el que menos presupuesto recibe. A ello se suma, la insuficiencia de personal, que no se puede dedicar a tiempo completo a atender este programa, porque descuida otros programas que, para los directivos, son más importantes que el VIH-Sida. Asimismo, reconocen que el personal no está capacitado ni preparado para hacer intervenciones sociales en comunidades nativas Aguarunas. También refieren que hay un sub-registro de los casos de población indígena con VIH-Sida. Refieren que desde los directivos y niveles superiores hay condicionamientos para concentrar el mayor esfuerzo y las prioridades en programas “bandera”. Programas sobre las que el MINSA exige la máxima atención y para el cual designan la mayor cantidad de recursos: 1) mortalidad materna-infantil, 2) desnutrición infantil y, 3) la rabia. Prioridades en las que el problema del VIH-Sida no ocupa el mayor interés político y de recursos (Entrevista a ex-directivo de la Red de Salud Condorcanqui y personal de salud de Nieva, Nieva 17-30 de setiembre de 2015).

- **Prioridad por la consejería individual**

En una entrevista a un ex directivo de la Red de Salud Condorcanqui, se reconoce que la consejería está concentrada sólo en el paciente enfermo. O en todo caso se asume que esta prioridad se cubre con algunas charlas en los colegios (sobre cómo se contagia la enfermedad, el círculo de contagio de la enfermedad, entre otros). Además, se reconoce que se usa la consejería sólo desde el punto de vista médico, mas no desde el punto de vista social-comunitario (Entrevista a ex responsable del programa salud familiar y comunitaria, Nieva 21 de setiembre de 2015).

- **Problemas de enfoque**

Algunos entrevistados(as) de la Red de Salud Condorcanqui consideran que desde el MINSA sólo se ha trabajado la intervención del VIH-Sida desde el punto de vista biomédico, dejándose de lado la intervención de la parte social-comunitaria. Señalan que la intervención social se ha reducido sólo al diagnóstico, por lo mismo suele ser individualizado. Refieren que se tiene que comprender que el problema del VIH en Condorcanqui, más que médico es sociocultural, particularidad que aún no es entendido por los directivos (los jefes) y organismos superiores. Por ello, el personal de salud reconoce que no se está tocando la raíz del problema. Consideran que desde el MINSA, se debe asumir que el problema primero es social y que luego acarrea la necesidad de intervenciones biomédicas. Inclusive la resistencia al uso del preservativo es un problema social, más que médico. Resaltan que el enfoque intercultural que se conceptualiza también se reduce sólo a la intervención biomédica y enfocado en el paciente enfermo. No se prevé un enfoque intercultural para tratarlo desde el nivel familiar, comunitario y social (Entrevista a funcionarios de la Red de Salud Condorcanqui, Nieva 17-30 de setiembre de 2015).

- **Problemas de articulación**

De la entrevista al personal de salud de Nieva, se desprende que no están del todo articulados a nivel interinstitucional. Resaltan que los gobiernos

locales que deben ejercer el liderazgo no toman acciones contundentes, por lo mismo es muy lento el trabajo articulado. El personal de salud refiere que las instituciones no asumen un liderazgo frente a este problema, y menos aún referente a un trabajo articulado con los líderes de las comunidades nativas. No existe el apoyo o soporte por parte de la familia, en varios casos. Reconocen que falta control familiar hacia los adolescentes (Entrevista a personal de salud de Nieva, Nieva 17-30 de setiembre de 2015).

Por su parte los/las líderes(as) awajún entrevistados resaltan el abandono por parte de las autoridades, tanto en salud como en educación. Asimismo, indican que las autoridades poco toman en cuenta a los Apus de las comunidades para coordinar actividades, así como para informar o capacitar a la población. Finalmente señalan que su paisanos se están muriendo pero a las autoridades no les importa, se sienten abandonados (Entrevista a líderes-as awajún, Nieva del 17-30 de setiembre de 2015).

- **Aspectos culturales y cosmovisión**

De acuerdo a las entrevistas al personal de salud de Nieva, estos resaltan que en la cultura awajún no se acepta que desde el punto de vista sexual “la enfermedad está entrando”. Señalan que los comuneros no asumen la enfermedad con todos sus riesgos. No conciben que con esta enfermedad se pueden infectar, pueden contagiar sin estar enfermos y luego de un tiempo morir. Indican que este entendimiento no entra aún dentro de las lógicas de las comunidades nativas. Asimismo, señalan que los comuneros con frecuencia se preguntan “¿cómo puede ser peligroso si no está enfermo?” (Entrevista a personal de salud de Nieva, Nieva 17-30 de setiembre de 2015).

Al respecto, de las entrevistas a pobladores awajún, se desprende el poco conocimiento sobre la enfermedad del VIH-Sida, menos aún de sus consecuencias. En varias de las entrevistas se aprecia cierta contradicción con el personal de salud, los awajún resaltan: “[el personal de salud] nos dicen que tal persona está enferma y es peligroso, pero nosotros le vemos

y está gordo, come bien, trabaja, se va a su chacra, cómo puede así una persona estar enferma nos preguntamos. Encima nos exigen que tenemos que usar condón, pero nosotros sabemos que eso no es bueno y más bien nos afecta” (Entrevista a líderes-as awajún, Nieva 17-30 de setiembre de 2015).

En base a la síntesis de las entrevistas anteriormente presentadas en cada una de las fases del Programa, se identificaron los factores que limitaron una adecuada ejecución del Programa de VIH-Sida, los mismos que desarrollaremos en el subcapítulo siguiente.

3.5. Factores que limitaron una adecuada ejecución del programa

Los factores limitantes identificados a partir de las entrevistas tanto a personal de salud, directivos y líderes(as) awajún son:

- ✓ Limitadas estrategias de comunicación intercultural
- ✓ Escasa adecuación y pertinencia cultural del programa
- ✓ Percepción de desconfianza hacia el personal de salud
- ✓ Limitaciones de recursos, infraestructura, equipos e insumos
- ✓ Normativas técnicas y protocolos inconexos
- ✓ Problema de enfoque: entre lo individual y lo colectivo
- ✓ Preocupación por el cumplimiento de los planes y las metas

Estos en conjunto representan los vacíos en materia de diseño e implementación de política pública, así como las limitaciones en las capacidades de gestión operativa de las mismas en contextos complejos y dinámicos socioculturalmente como son las comunidades awajún.

3.5.1. Limitadas estrategias de comunicación intercultural

De la síntesis de las entrevistas anteriormente reseñadas se desprende que existe cierta confrontación entre el personal de salud y la población nativa

usuarias del programa. Por un lado, los nativos consideran que el personal no les entiende, por otro el personal de salud considera que los nativos no hablan bien el castellano y por eso no saben explicar lo que tienen. Este vacío comunicacional dificulta una adecuada ejecución del programa, a la vez que genera desconfianza entre ambas partes.

Ello deja en evidencia la prevalencia de un vacío en estrategias de comunicación intercultural, que permita, a decir de Alarcón y Otros (2003) una mayor comprensión de las expectativas de ambos actores. En ese marco, el diálogo intercultural como herramienta estratégica principal, también se ve limitada durante la ejecución del programa. Es decir, siguiendo a Chávez. Yon y Cárdenas (2015) y Tubino (2004), la carencia de un diálogo equilibrado entre el sistema de salud biomédico y los sistemas de salud indígena, limita la comprensión y respeto por la cosmovisión local, así como la escasa articulación orientada a beneficiar la salud de la población.

Esas condiciones, sin duda, generan relaciones de asimetría e inequidad, entorpecen cualquier proceso y despliegue del programa. Además de resquebrajar relaciones de confianza, de comunicación y acercamiento entre el personal de salud y los pacientes awajún. Consecuentemente se presentan reparos y prejuicios por parte de los awajún respecto a la aceptación, el uso y la satisfacción en cada una de las fases que componen el servicio del programa de ITS/VIH-Sida que se opera desde el C.S. Nieva.

3.5.2. Escasa adecuación y pertinencia cultural del programa

De acuerdo a las entrevistas antes citadas, se resalta la poca asistencia y uso del programa por parte de los/las usuarios(as) awajún. Este hecho asume interpretaciones diferenciadas tanto por los operadores del servicio de salud pública como por los usuarios locales, que en el camino van generando relaciones confrontacionales. Con ello se deja en evidencia, retomando los aportes de Chávez, Yon y Cárdenas (2015) y del Informe Defensorial (2015), la ausencia de elementos de adecuación y pertinencia cultural, tanto en el diseño, en la implementación y en la capacidad de los prestadores del servicio.

En el marco de la adecuación cultural, de acuerdo a Seminario y Cárdenas (2011), queda reducido el despliegue de acciones concretas que permitan atraer a la población awajún al establecimiento de salud. Si bien la adecuación sería como un primer paso para reconocer el problema y apostar por superarlo (como contribuyente a la igualdad), en la práctica resurgen contrariamente la intolerancia hacia la diferencia, como principal generador de conflicto.

La pertinencia cultural, que supera a la adecuación cultural, es menos notoria durante la ejecución del programa. Es decir, existen limitaciones para la tolerancia, el respeto y el reconocimiento de la cultura del otro (como base principal de la pertinencia). De acuerdo a Seminario y Cárdenas (2015) y Tubino (2004), el diálogo intercultural nuevamente surge como una necesidad urgente, dado que permite atravesar el conocimiento del otro y reconocer sus valores, cosmovisión, prácticas, su cultura. El diálogo implica participación. Una participación, de acuerdo a Tubino entendida no como hacer talleres, sino donde el diálogo y participación tengan como esencia la “justicia cultural”, basado en la búsqueda de la equidad social y la ciudadanía diferenciada en un país tan diverso culturalmente como lo es el Perú (Tubino, 2004a).

3.5.3. Percepción de desconfianza hacia el personal de salud

La percepción de los/las usuarios(as) hacia el personal de salud, también es un referente que surge durante la implementación del programa. Señalábamos anteriormente que las relaciones entre los usuarios nativos y los proveedores de servicios en las comunidades del distrito de Nieva son tensas, de rechazo, de desconocimiento, sospechosas y de desconfianza. Como bien señala Arroyo (2001), es una suerte de “dilema del prisionero” masivo, en que todos actúan sobre “los otros” bajo supuestos imaginarios. Se teje bajo una relación asimétrica, y tiene una trayectoria de sinsabores que deja huella. Por su parte los proveedores no terminan por aceptar y entender a los comuneros: desearían pacientes a su imagen y semejanza. Y los comuneros se quejan aduciendo que los prestadores de salud no les conocen y por ende tampoco les entienden (Arroyo, 2001).

Estas percepciones por parte de los locales están asociadas, de acuerdo a Mujica (2007) a la brecha por desconocimiento e insuficiente adecuación de ambos sistemas de salud (medicina occidental y medicina local) que resultan siendo confrontacionales y tensas, tanto para el personal de salud que labora en la zona y para los comuneros que se resisten a hacer uso de los servicios de salud.

A partir de las entrevistas realizadas a líderes y lideresas de comunidades Aguarunas, es posible obtener información que contribuye a refrendar lo antes mencionado:

“Cundo vamos a atendernos a la posta ellos no nos reciben bien. Nos hacen esperar mucho. Vemos personal y todos andan de un lugar a otro y nadie nos dice qué quiere, quién está enfermo...También cuando venimos con nuestro hijo grave nos hacen esperar y no le atienden rápido, son bien fríos...También nosotros venimos de lejos, de la comunidad y eso ellos no entienden. A veces nos dicen vuelva mañana porque el doctor está en una reunión o nos dicen ahora estamos en capacitación. Eso nos molesta mucho y por eso nosotros ya no queremos ir a la posta”. (Entrevista a lideresa Aguaruna. Nieva, 28 de setiembre de 2015).

Estas respuestas son comunes en todos nuestros(as) entrevistados(as) nativos, que coinciden con el informe de la Defensoría del Pueblo (2008 y 2015), donde resaltan aspectos como la larga espera, la indiferencia, la poca comprensión, el maltrato y la insensibilidad atribuida al personal de salud, que ahuyentan a los beneficiarios.

Otro de los factores muy comunes es el grado de desconfianza atribuible hacia el personal de salud. Una desconfianza que surge por la falta de un adecuado flujo de comunicación e información.

“Yo no entiendo cómo pueden ser profesionales si no nos entienden. Ellos no nos explican lo que tenemos. Sólo nos revisan con sus aparatos y luego escriben y nos mandan a la farmacia. O también nos aplican algunas ampollas o nos sacan algo (muestras) y no nos conversan nada de nada. Nosotros nos vamos con dudas. Nos hacen todas esas cosas y nos dicen vuelva mañana, regrese dentro de una semana. Ya nosotros y mis paisanas no volvemos porque no nos dan confianza”. (Entrevista a lideresa Aguaruna. Nieva, 28 de setiembre de 2015)

Anteriormente resaltábamos la importancia de la comunicación y es un tema que aparece repetidas veces durante la investigación. A decir de Mujica (2007), Alarcón y otros (2003) es importante en la generación de confianza y en el flujo de información entre paciente y personal de salud. Sin embargo, en esta zona, este flujo se presenta con limitaciones y barreras por ambos bandos. Los Aguarunas perciben ese maltrato y la desconfianza en el personal no sólo cuando acuden al establecimiento de salud, sino también cuando éstos hacen visitas inesperadas de atención en la comunidad:

“Ellos vienen cuando quieren, sin avisar, sin consultar con el Apu. Llegan a la comunidad y quieren que nosotros nos atendamos. Pero no es así la cosa. Ellos deben coordinar antes de venir en nuestra comunidad. Todavía se molestan cuando no vamos para atenderse. Nos gritan. Ellos se creen así superiores, con autoridad y quieren mandarnos o, este, obligarnos para nuestra atención. Pero nosotros decimos, ellos no saben lo que tenemos, ellos no conocen lo que tenemos y nos quieren mandar como a hijos. Eso está muy mal” (Entrevista a dirigente Awajún. Nieva, 24 de setiembre de 2015).

Esta percepción es una dura crítica hacia el personal de salud y la forma de ofertar el servicio de salud. Dado que contribuye a la consolidación de una tensión y confrontación constante entre ambos actores. Esto guarda relación con lo que Huayhua (2006) y Menéndez (2005) identificaban como aquellas relaciones de hegemonía y subalternidad durante la prestación del servicio de salud, estrechamente vinculado al carácter de verticalidad de las políticas (Top-Down). En esta relación discordante los prestadores de salud ostentaban el poder hegemónico y los otros - los subordinados - deben obedecer lo que el personal de salud ordena. Asimismo, visibiliza la hegemonía y subordinación entre las distintas culturas médicas.

3.5.4. Limitaciones de recursos, infraestructura, equipos e insumos

Otro factor vinculante engloba a las limitaciones de recursos, deficiente infraestructura y carencia de medicamentos, equipos, e insumos, que también han influido en la capacidad resolutoria del programa, así como del C.S. Nieva. Gran parte de estos elementos influyentes han sido resaltados también en el reciente Informe Defensorial (2015) y el estudio realizado por Chávez, Yon y

Cárdenas (2015), quienes los agrupan en tres factores: i) la carencia de medicamentos, ii) la falta de soporte logístico y operativo para el trabajo del personal de salud (infraestructura, equipamiento, entre otros), y iii) las limitaciones del sistema de referencia y contrarreferencia, que terminan desalentando a los usuarios en sus expectativas de encontrar respuestas a sus problemas de salud en el sistema médico público.

El primer factor, asociado a la ausencia de medicamentos es común en los puestos de salud de la Red de Salud Condorcanqui, por lo mismo es también motivo del escaso uso del servicio de salud por parte de la población. Como bien señalan Chávez, Yon y Cárdenas (2015), la carencia de medicamentos es más compleja aún respecto al problema del VIH-Sida, donde los retrovirales sólo existen en los establecimientos de salud más complejos y de mayor capacidad resolutive. Por ello, hasta el año 2014 los retrovirales para los pacientes con VIH-Sida de Nieva sólo se administraban en la Dirección Sub Regional de Salud de Bagua. Lo cual generaba serias complicaciones, tanto para el traslado como para la estadía de los pacientes (Entrevista a Ex - directivo de Salud, Nieva 23 de setiembre de 2015).

Respecto a la carencia en infraestructura, equipamiento, materiales de trabajo, servicios básicos, etc., éstos también han limitado no sólo la calidad de la atención y la capacidad resolutive del programa del establecimiento de salud, sino la capacidad de adecuación y pertinencia cultural de los servicios de salud. Sólo como referencia, en este segundo factor resaltamos el Área de Laboratorio del C.S. Nieva, importante en el trabajo de prevención y control del VIH-Sida, el mismo que también presenta problemas serios para el diagnóstico, control y tratamiento de los casos suscitados.

El tercer factor limitante pone hincapié en el sistema de referencia y contrarreferencia, es decir al traslado de pacientes a un establecimiento de salud con mayor capacidad resolutive. Por lo general esta dinámica se da de un puesto de salud a un centro de salud, o de éste a un hospital, donde la distancia y los tiempos de viaje son también un factor determinante en la capacidad resolutive. En una entrevista realizada, se resalta la dificultad en el traslado, sea por falta de movilidad, combustibles o problemas geográficos-

naturales-ambientales. La parte económica no es menos significativa en esta circunstancia, ya que cuando son referidos, los pacientes requieren pasajes, alojamiento (para ellos y sus familias), viajar con algún familiar y un acompañante, etc. Traslado que muchas veces no es cubierto por el SIS o si lo fuera, éste es sujeto a ser reembolsable, lo que implica que tiene que ser cubierto por el paciente o el personal de salud durante la referencia - éste último de manera voluntaria o el apoyo de algunas instituciones (Entrevista a ex personal del C.S. Nieva, del 17-31 de setiembre de 2015).

3.5.5. Normativas técnicas y protocolos inconexos

Las Normas Técnicas de Salud (NTS) y los protocolos son los dispositivos que atraviesan los tres niveles institucionales de prestación del servicio de salud. Éstas se constituyen como instrumentos guía para el proceso de implementación, pero a la vez estandarizan e intentan institucionalizar la prestación del servicio de salud a nivel nacional (Cortazar, 2006). Estandarizaciones que se determinan en el más alto nivel de la política (MINSA) y que prevalece como regla, con rutinas a ser cumplidas por todas las instituciones de salud ubicadas en todo el territorio nacional.

Esos instrumentos de gestión unidireccionales, se consideran también como un mecanismo que contribuye a asegurar un adecuado cumplimiento de lo ya planificado. Por ello, tienen que ser cumplidos “al pie de la letra” por todos los directivos y aparato burocrático prestadores del servicio de salud. En este marco, los protocolos y normativas de atención, así como todo el despliegue del programa de salud previamente diseñada resulta siendo incongruente, ineficaz, inconsistente y hasta confrontacional con la cultura y la cosmovisión sobre el sistema de salud, enfermedad y tratamiento de los awajún. Es decir, se podría hablar de la rigidez de los marcos normativos y los protocolos de atención, que impiden aquello que García (2014) denominaba capacidad de agencia de los implementadores para coordinar, pactar, consensuar estratégicamente con las/los líderes indígenas la adecuación de la oferta del Programa de Salud.

3.5.6. Problema de enfoque: entro lo individual y lo colectivo

De las entrevistas a personal de salud y de la Red de Salud Condorcanqui, se concluye que la política y particularmente el programa de ITS/VIH-Sida, se sustenta en la estandarización de la atención basada sólo en la persona enferma y solo desde el enfoque biomédico para entender el proceso salud-enfermedad. Esta mirada, de por sí, genera serias limitaciones para comprender la enfermedad como un proceso mucho más complejo, donde no sólo tiene sus causas en agentes patógenos, sino también en cuestiones de orden social, cultural, organizacional, económico, territorial y ambiental.

Por lo mismo, una política de salud planificada sólo desde el enfoque biomédico y centrado sólo en la persona enferma, sin duda, va a generar desbalances entre la política aspiracional y los efectos de la implementación. Básicamente en el planteamiento de los objetivos y los resultados esperados. Asimismo, de acuerdo a Mujica (2007) esta forma de diseñar políticas de salud pasa por la disyuntiva existente entre la forma de entender la prestación del servicio de salud desde una mirada occidental y la incomprensión del sistema salud-enfermedad propio de las comunidades nativas Aguarunas, que abarcan un conjunto de comportamientos, prácticas, ritos y cosmovisiones propias. Por ello, en la práctica, ambos sistemas de salud en vez de ser inclusivos muchas veces terminan siendo confrontacionales.

3.5.7. Preocupación por el cumplimiento de los planes y las metas

Las características del enfoque biomédico y la metodología evaluativa que el MINSA operativiza incitan a que el personal de salud se sumerja, en el día a día, a un conjunto de actividades rutinarias, preestablecidas y programadas en el marco de aquello que Pressman y Wildavsky (1998) denominaron como una planificación basada únicamente en planes, reglas y metas. Esta forma de implementación, claramente explican los autores, pierde de vista otras características del proceso de ejecución, que incluyen actores, factores y condiciones, o la implementación entendida como un proceso evolutivo, con adecuación y pertinencia cultural (1998: 264-279).

CAPÍTULO IV: LA TENSIÓN ENTRE EL PROGRAMA Y EL ENFOQUE DE INTERCULTURALIDAD: CAUSAS Y CONSECUENCIAS

En el presente capítulo, a partir de los factores identificados como limitante de una adecuada implementación del programa del VIH-Sida en el C.S. Nieva, buscamos analizar y explicar causalidades así como consecuencias de la escasa aplicación del enfoque de interculturalidad tanto en el diseño de la política de salud contra las ITS/VIH-Sida, así como en la implementación de la misma.

4.1. Causas de la no aplicación del enfoque de interculturalidad

Develar las causas de la escasa aplicación del enfoque intercultural en las políticas de salud, implica reconocer características estables y dinámicas, incluso asociados a estructuras institucionalizadas, que van ejerciendo influencia y limitando la implementación de políticas con adecuación y pertinencia cultural. En lo que sigue de este subcapítulo presentamos las principales características identificadas a raíz de nuestra investigación. Estos son:

- ✓ Deficiencias en el diseño de la política
- ✓ El carácter de verticalidad de la política y la brecha entre la macro y micro implementación
- ✓ Escasos recursos (financieros, personal y logísticos) y apoyo político
- ✓ Capacidades de los directivos y personal de salud
- ✓ Influencia del entorno socio-cultural local

4.1.1. Deficiencias en el diseño de la política

La poca visibilidad del enfoque de interculturalidad en salud y consecuentemente la escasa adecuación y pertinencia cultural del servicio oficial de salud, se asocia a las deficiencias del diseño de la política pública. Al respecto, se sabe que el diseño es el momento en que se crean las políticas. Por ello es útil entenderlo como un proceso social y político que implica el análisis de una serie de variables a través de las cuales se lee e interpreta la

realidad. Sin embargo, de acuerdo al análisis realizado podemos identificar, siguiendo a Estévez y Esper (2009) y García (2014) que poco o nada se han considerado los flujos de una política contenciosa, las interacciones, acciones colectivas, arreglos institucionales, negociaciones y no sólo la organización del proceso interno de la política o programa.

Son varias los elementos que han podido influir en el débil diseño y que consecuentemente limita una política de salud intercultural, tal cual se resalta en una de nuestras entrevistas realizada a un experto académico:

- Limitaciones para estructurar el problema público por parte del sector y el Estado.
- Deficiencias en el diseño institucional del MINSA.
- Escasa participación de los pueblos indígenas en el diseño de la política.

El primer punto, pasa por la poca relevancia del diagnóstico, importante en esta fase de la política, así como los objetivos, estrategias y el conjunto de propuestas aceptables y pertinentes claramente definidos, orientados a resolver el problema identificado (Estévez y Esper, 2009). Pero también se debe resaltar la extrapolación del concepto de interculturalidad y particularmente de la salud intercultural. Que por el mismo hecho de tener una génesis, a decir de Ramírez (2011), lejana a los contextos indígenas ha generado, desde el interior del sector nacional, múltiples miradas y formas particulares de entenderla y definirla.

El segundo pasa por las limitaciones en el diseño institucional. Que a decir de Seminario y Cárdenas (2011), la interculturalidad en salud es abordado desde diferentes frentes ubicados en diferentes niveles funcionales de la organización del sector. Es decir, cada dirección de salud asume una forma particular de incluir el enfoque de interculturalidad en sus funciones operativas, incluso con metodologías y normativas técnicas particulares. Desde esta dispersión funcional, que genera también la dispersión presupuestal, hace más complejo el abordaje de la salud intercultural en los diferentes programas de salud.

Finalmente, la escasa participación de las organizaciones indígenas en esta fase de la política y que incluso, consecuentemente, incluye a las fases de la implementación y la evaluación. La relación entre el MINSA y las organizaciones indígenas no ha sido muy fructífera en materia de salud intercultural. Ambos entes han buscado la prevalencia de su sistema de salud, en un marco de pocas condiciones para un diálogo auténtico y con condiciones equiparables. Lo que ha generado que organizaciones como AIDSESP desarrollen programas de salud intercultural aisladamente del sector oficial de salud.

Todas estas características limitantes, siguiendo a García (2014), nos ponen frente a un diseño deficiente que genera cierto grado de ambigüedad², incertidumbre y desconfianza, durante el proceso de implementación. La incertidumbre entendida como “la estimación imprecisa de las consecuencias futuras de acciones presentes a causa de información incompleta” (García, 2014: 46). Entonces, frente a una política con serias limitaciones en el diagnóstico y en la identificación de alternativas, poco estratégico y que desconoce el contexto, será más difícil poner en marcha una adecuación y pertinencia cultural del servicio de salud durante su ejecución.

4.1.2. El carácter de verticalidad de la política y la brecha entre la macro y micro implementación

Otra característica causal que limita la aplicación del enfoque intercultural en las políticas y programas de salud corresponde al carácter de verticalidad de la política que va de arriba hacia abajo (en términos organizacionales) y del centro a la periferia (en términos territoriales). Siendo el centro, el nivel más alto donde se toma las decisiones de políticas, y la periferia representada por el último eslabón desde el cual se implementa y se evalúan los resultados de la política pública.

Esta verticalidad muy asociada a lo que Hassenteufel (2008) y Grindle (2009) denominaron el enfoque Top-Down, está estrechamente vinculada

² El autor toma estas ideas de Cortázar 2007 y Martínez Noriega 2007, quienes previamente han citado a March 1994.

también a dos formas de categorizar la implementación de una política pública. Nos referimos a la macro y micro-implementación. Al respecto Berman (1978), resaltaba los sobresaltos y reajustes que padecen los programas en cada eslabón por la que transcurre la política. Es decir, el autor hace referencia y delimita claramente dos contextos complementarios e inherentes teóricamente, pero distantes e inconexos en la práctica, durante el curso de una política pública.

Por un lado, resalta el contexto de la macro-estructura de la implementación, que involucra a la más alta política y a la administración pública nacional. Por otro, al contexto de la micro-estructura, donde operan los burócratas “al nivel de la calle”, aquellos que localmente implementan o prestan el servicio público de salud a los ciudadanos (Berman, 1978). El contexto institucional de la micro-implementación es una organización local prestadora de servicios, mientras que el contexto institucional de la macro-implementación es todo un sector de la política que abarca desde el nivel nacional hasta el nivel local.

Bajo esta lógica, desde la perspectiva del nivel nacional (MINSa) e incluso desde el nivel intermedio (DIRESA), se asume que la micro-implementación, que comienza con la adopción de decisiones en el nivel local y termina cuando los sistemas locales lo han llevado a cabo, debe surtir de manera lineal y sin sobresaltos (Berman, 1978. Citado en: Aguilar, 1993: 310). Sin embargo, el proceso no es tan despejado como se cree, dado que desde lo local la implementación implica un proceso más restringido y complejo. Es decir, cuando la política llega al último nivel, se trata de una política local y no de ejecutar una política nacional. En esta perspectiva se presenta un primer corte entre lo planificado desde arriba, que sin duda va a repercutir en el desempeño y los resultados de la política en lo local.

Como vemos, entender la estructura micro y los actores, factores y contexto que entran en juego en ello, permite comprender el curso de una política desde lo local y el logro o no de los objetivos previamente establecidos. Además, ello ayuda a explicar de la mejor manera la brecha

que, muchas veces, se presenta entre el diseño y los resultados de una política pública.

Como se desprende las entrevistas, no es lo mismo una política concebida y planificada desde el nivel macro, con la forma como se concibe, se entiende y se re-planifica operativamente la misma política desde el nivel micro, donde efectivamente se implementa la política. Más complejo aún cuando se hace frente a un contexto que demanda de enfoques alternativos que contemplen la pertinencia cultural.

Es justamente en esta “fluidez inconexa” donde se va perdiendo, no sólo el carácter conceptual de la política, sino también el enfoque de interculturalidad. Es decir, este enfoque que forma parte del modelo conceptual de la política original, se diluye entre las relaciones político-administrativas de arriba hacia abajo y del centro a la periferia. Carácter que genera luego problemas, como lo reseñábamos anteriormente, durante la implementación del programa de ITS/VIH-Sida, para las comunidades Aguarunas.

Asimismo, las NTS que buscan estandarizar el servicio de salud e institucionalizar prácticas y rutinas y que trascienden los tres niveles administrativos (nacional, regional y local), presentan serias limitaciones en la oferta del servicio. Esto debido que, siguiendo a García (2014) resultan incompatibles con las capacidades de la institución, las capacidades de control de la gestión y con la realidad socio-cultural local donde se implementa el programa.

Ello permite concluir que las vertientes de verticalidad (de arriba hacia abajo) y del centro a la periferia, como lo desarrollábamos anteriormente, determinan la forma de identificar y definir el problema público del VIH-Sida en las comunidades Aguarunas, la forma del diseño e implementación de la política, la calidad y la forma en la prestación del servicio de salud a los comuneros, así como la configuración institucional del C.S. Nieva y las relaciones entre sus miembros: hacia adentro (entre directivos y burocracia pública) y hacia afuera (con las instituciones públicas y líderes de comunidades Aguarunas).

4.1.3. Escasos recursos (financieros, personal y logísticos) y apoyo político

La característica escasos recursos, que han limitado el proceso de ejecución del programa, limitan también una adecuada operativización de la interculturalidad en salud. Al respecto Pressman y Wildavsky (1993) señalaban que una política, estrategia o programa tendrá serias limitaciones para poner en marcha las ideas previamente establecidas y lograr los resultados si es que no cuenta con los recursos financieros suficientes y necesarios. O en su defecto, si lo poco que recibe está mal direccionado y no contribuye a afrontar el problema público desde las causas reales.

El programa de ITS/VIH-Sida que se implementa desde el C.S. Nieva no escapa a esta realidad. Los funcionarios locales argumentan dos razones que justifican dicha limitación. Por un lado, resaltan el poco presupuesto designado al programa para hacer frente a un problema local. Por otro, indican que lo poco que se designa al Programa ITS/VIH-Sida, en contraste a otros programas, se diluye en los órganos de apoyo del mismo programa y de otros programas paralelos.

Asimismo, el poco presupuesto que llega a los órganos de línea (operativos), se concentran principalmente en la capacidad diagnóstica, de control viral (laboratorio) y tratamiento del paciente con VIH-Sida. Sin embargo, las características de la enfermedad en contextos indígenas demanda un trabajo más riguroso e integral asociado a la parte preventiva-promocional de la salud comunitaria, para el cual el presupuesto es muy ínfimo.

La función operativa del programa desde lo local, implica un activo trabajo de campo, visita a las comunidades, movilización de personal por ríos, coordinaciones previas con los líderes indígenas, personal capacitado en temas de interculturalidad e intervención social, referencia y contrareferencia de los pacientes de sus comunidades a establecimientos con mayor capacidad resolutoria, condiciones alimentarias adecuadas para pacientes que reciben TARGA, consejerías y procesos de información y capacitación orientadas a cambiar hábitos, entre otros. Sin embargo, estos aspectos no se

prevén en la planificación presupuestal del Programa, tampoco en la planificación de la Estrategia desde el nivel nacional.

La característica escasos recursos, se condice con el escaso apoyo político que el programa de prevención y control de las ITS/VIH-Sida pueda tener. Al respecto Aguilar (1993) resalta que más importante aún que el plan mismo es el apoyo político que el proceso de planeación y ejecución puede generar y evocar (Aguilar, 1993).

Pero, surge la pregunta ¿Cuán preocupante es o cuánto interesa a los decisores políticos el problema del VIH-Sida en las comunidades Aguarunas? Es una pregunta que pretende ir más allá de las etapas de agendación y de diseño en el ciclo de una política pública. Más bien busca develar cómo dicha decisión e interés político hacia el problema del VIH-Sida en las comunidades Aguarunas, se mantiene en el tiempo e incluso acompaña (con respaldo y presupuesto) el proceso de implementación hasta el logro de resultados significativos.

Se podría pensar, en principio, que el problema del VIH-Sida sí importa al gobierno y a las instancias de salud del nivel nacional. Sin embargo, hay que recalcar que, si bien el problema del VIH-Sida aparece como una de las prioridades a ser atendidas en los diferentes documentos de gestión de salud a nivel nacional, esto sucede por mecanismos de presión política y visibilización del problema en otros contextos y por otros agentes “emprendedores de política” del ámbito nacional o internacional (ONU, USAID, UNICEF, etc.). Por lo general, organizaciones un tanto lejanas a la realidad indígena amazónica.

Ello quiere decir que estamos frente a un problema público en contextos indígenas que aún no ha sido analizada conceptualmente con toda la rigurosidad del caso. Esta comprensión limitada de la gravedad de la enfermedad del VIH-Sida en las comunidades indígenas y las consecuencias que ello generaría, minimiza no sólo el modelo conceptual del problema (la complejidad del problema), sino también adecuados procesos de planificación, la asignación presupuestal, así como el interés político sobre dicho problema público.

4.1.4. Capacidades de los directivos y personal de salud

Todo proceso de adecuación y acondicionamiento de políticas durante la implementación pasa por capacidades decisorias de los directivos públicos durante la gestión. Por ello, Alza (2012) resaltaba el componente político que comprende al proceso de gestión pública, que para otros es simplemente técnico. El autor consideraba que durante la gestión se toman micro decisiones que contribuyen en la viabilidad de la política durante su implementación. Es justamente a partir de esas micro-decisiones políticas, básicamente en el último eslabón de la política (nivel local), que se adecúan los programas durante la ejecución, a partir de re-planificaciones y decisiones estratégicas. Obviamente sin perder el sentido y los objetivos de la política original.

Sin embargo, la síntesis de las entrevistas presentadas en el capítulo anterior, devela las limitadas capacidades por parte de los responsables de la implementación para re-planificar y adecuar el Programa de ITS/VIH-Sida que se ejecuta desde el C.S. Nieva. Los dos actores claramente visibles que comparten esta responsabilidad son: 1) los directivos o gestores de salud local, y 2) el personal operativo de salud. Los primeros, se supone, tienen más y mejores condiciones para tomar decisiones estratégicas que implique una mejor oferta del servicio con pertinencia cultural. El segundo, como personal operativo, se esperaría una capacidad de agencia y de innovación para adecuar la oferta del servicio, a la vez que alimentan con propuestas a los directivos.

Pero, hablar de directivos públicos en el C.S. Nieva, es sinónimo de limitaciones, frustraciones, incapacidades y hasta inequidades en el proceso de la administración pública. Pueda que haya factores externos que escapen al control de lo mismo directivos y generan gestiones débiles. Sin embargo, hay evidencia de que también es asociable a la variable “capacidad”, en términos de razonabilidad, del directivo público. Una razonabilidad que influye no sólo en las decisiones estratégicas de implementación, sino también para operativizar elementos tan importantes como la transversalización del enfoque intercultural, cuando la ejecución está orientada a grupos poblacionales con

características socio-culturales particulares, como son las comunidades Aguarunas.

Lo que encontramos como resultado, a la luz de los modelos de racionalidad y capacidad decisional planteados por Subirats (1994) y Lindblom (1995) es la prevalencia de un modelo de racionalidad limitada, que caracteriza la toma de decisiones de los gestores públicos a la hora de implementar el programa de ITS/ VIH-Sida. Estos se enfrentan a severas restricciones al momento de decidir, por lo mismo tal cual señalan Meny y Thoenig (1992) los gestores locales, como tomadores de decisiones, hacen lo mejor que puede allí donde se encuentra.

En la tabla siguiente graficamos algunos modelos comparativos de gestión entre lo ideacional y lo que transcurre en la práctica desde el C.S. Nieva:

Tabla N° 07: Modelos comparativos de gestión

Contenidos Indicadores	Modelo ideacional	Modelo en la práctica local
Información: Diagnóstico	Conocimiento del contexto y la realidad: data diferenciada	Conocimiento limitado de la realidad, poca información específica
Diseño	Adecuado , coherente, claro	Genera incertidumbres
Objetivos	Claramente definidos	Ambiguos o muy generales
Recursos	Suficientes y disponibles	Escasos y a destiempo
Control	Control interno y externo (monitoreo y evaluación)	Ausencia de control interno y externo
Dispositivos Normativos: Reglas y rutinas	Claras y específicas	Difusas, inconexas, generales, limitantes
Capacidades del gestor	Competente y líder	Incompetente
Enfoque intercultural	Operacional y específico	Conceptual y general - no operativo

Elaboración propia

La tercera columna de esta tabla contempla el contenido real que surge a raíz de los límites en los principales indicadores del diseño de una política y se hacen visibles al momento de su implementación. Son justamente estos elementos que configuran las capacidades de un directivo público del C.S. Nieva durante su gestión. Por lo mismo, se podría afirmar que los directivos

públicos de este sector solo consideran las más evidentes alternativas que producirán una atención superficial hacia los beneficiarios, que responda al cumplimiento de metas comprometidas y a la justificación de presupuesto asignado.

Por otro lado, estas características de racionalidad limitada, inexperiencia, limitaciones, frustraciones e incapacidad están también asociadas al hecho de que los puestos de directivos del C.S. Nieva son cargos de confianza y por lo mismo son designados por la DIRESA-A. En este proceso de designación cobra más importancia aquello que Dargent (2012) resaltaba como la politización de los cargos públicos en la gestión pública, asociada a prácticas clientelares. Donde la meritocracia y la idea de mejores agencias con mejores gestores y tecnócratas igual a mejor implementación de las políticas, es inexistente.

La escala de preferencias y motivaciones de los directivos también es un punto a considerar. Como señala Berman (1978), las motivaciones de los funcionarios entran a tallar, tanto así que tienden a prevalecer a lo largo de toda la vida del proyecto o programa. En ese sentido, siguiendo al mismo autor, lo que encontramos desde el C.S. Nieva, referente a la política del VIH-Sida, es una cooptación. Es decir, en repetidas ocasiones el programa marcha de acuerdo a las motivaciones, al ritmo y a las posibilidades de los funcionarios prestadores del servicio. Prácticas que se refuerzan con las prioridades preestablecidas, por presión política, desde los niveles más altos de la política nacional. Tal cual podemos apreciar en la siguiente entrevista:

“Yo tengo mucho cuidado de generar cierto tipo de esperanzas y de procesos institucionales cuando no son sostenibles y menos aún cuando el problema es un problema crónico. La enfermedad del VIH-Sida, es una enfermedad crónica, que ya no tiene cura, se puede controlar pero no curar. Eso hay que tenerlo claro. Lo único que hacemos es prolongar su agonía. Se complica la situación cuando no hay una respuesta positiva de aceptación por parte de las comunidades. Por otro lado, el personal es tan escaso, que no se puede dedicar a tiempo completo a atender este programa, porque me descuida otros programas que son más importantes aún. De lo contrario me genera costos” (Entrevista a directivo de la Red de Salud Condorcanqui, Nieva, 21 de setiembre de 2015).

De acuerdo a la entrevista, como bien señalan Etzioni (1961) y Derthick (1970), los responsables de la implementación pueden entorpecer el adecuado curso de una política en ejecución en la medida que identifiquen que los objetivos de la misma no responde a sus posibilidades, intereses o prioridades personales. Tal es el caso del C.S. Nieva donde la prioridad por el problema del VIH-Sida es desplazado por “programas bandera” como mortalidad materno-infantil, desnutrición, rabia, entre otros. Prioridades que incluso son preestablecidas desde el nivel nacional y regional.

Con ello se desnaturaliza la importancia de los procesos y los resultados a lograr con el programa. A la vez que, limita una gestión estratégicas e integral, como una forma de abordar el problema público del VIH-Sida en las comunidades Aguarunas. Llegando incluso a automatizar el servicio y a desmerecer el contexto y la coordinación intersectorial como parte de su análisis.

4.1.5. Influencia del entorno socio-cultural local

El entorno sociocultural local se convierte en ese gran sombrero que también determina un conjunto de causas en la impertinencia de la adecuación intercultural de los servicios de salud que brinda el C.S. Nieva. Por ello, tal cual señalan Falleti y Lynch (2009) el contexto sí cuenta en la práctica de las políticas públicas. Por eso, su análisis debe estar presente en la política y en todo el ciclo de las políticas públicas. Quizá sea en el proceso de implementación donde se sienta la mayor interferencia de este factor tan dinámico. Ello porque, de acuerdo a Sabatier y Mazmanian (1981) las condiciones del entorno pueden tener un efecto significativo en la disposición y la capacidad de una jurisdicción u organización, pero también influyen en la disposición de los encargados de la implementación. Por lo mismo, repercute en los parámetros de una adecuada implementación, así como en los logros de los resultados preestablecidos con pertinencia cultural.

A continuación presentamos la síntesis de algunas premisas del contexto, que surgieron a partir de las entrevistas realizadas, necesarios de analizar:

- **Cuestiones de orden cultural:** que tienen que ver con su cosmovisión, su mundo mítico-religioso, sus creencias, costumbres, valores, comportamientos, ritos y mitos, formas de vestir, de alimentarse, etc. Que prefiguran una identidad propia del mundo Aguaruna diferente a la identidad de la gente del mundo urbano.
- **Cuestiones de orden organizacional:** que tiene que ver con la forma como están organizadas las comunidades nativas Aguarunas, que incluye cuestiones administrativas, de participación políticas, normas comunales, servicios comunales, trabajo y de convivencia interna. Esto determina una estructura funcional sobre la base de roles diferenciados para hombres y mujeres, pero que se sustentan en la complementariedad y la colectividad.
- **La lengua materna Aguaruna:** que permite un flujo comunicacional propio e interno, así como la conservación y transmisión de su cultura y su historia awajún. Esto, a la vez que afianza la identidad cultural Aguaruna, impide las posibilidades de una adecuada comunicación e intercambio con los prestadores del servicio público, quienes por lo general son profesionales de las ciudades que desconocen esta lengua originaria.
- **Relaciones de género y formas propias de vivir la sexualidad y la reproducción:** relaciones formadas alrededor de un núcleo patrilineal donde la mujer queda sometida al varón (o *kakajam*: gran hombre), reproduciendo una situación de minusvalía frente al hombre, donde aún se practica la poliginia y la poliginia sororal. En este contexto, las relaciones sexuales se inician a temprana edad y la reproducción forma parte de la sostenibilidad poblacional de la comunidad, como una muestra de virilidad. Por lo mismo existe un fuerte rechazo al uso de métodos anticonceptivos (principalmente el condón).
- **Condiciones sociales y económicas:** que tiene que ver con la precariedad de servicios públicos como educación, salud, alumbrado eléctrico, agua potable y desagüe, comunicación, empleo, etc. Aquí los casos de morbi-mortalidad se pierden en una data que aún no muestra

interés por visibilizar una información diferenciada por condiciones étnico-culturales y con enfoque de interculturalidad, derechos humanos y género. Es por ello que los altos índices de VIH-Sida en pueblos indígenas se añaden, simplemente, como un caso más a tener en cuenta, en términos epidemiológicos

- **La territorialidad y lo ambiental:** que incluyen dificultades vinculantes a características propias de la ruralidad selvática y a la geografía amazónica, dificultades para movilizarse por los ríos, para comunicarse e intercambiar. Esto minimiza sus posibilidades para acceder adecuadamente a los servicios públicos, que por lo general están ubicadas en la zona urbana: capitales de distritos y provincias.

Relacionando el contexto al rol de los beneficiarios, es sabido, que durante la implementación de un Programa, pueden presentarse influencias incisivas por parte de los usuarios, como una forma de exigir un servicio público de calidad (García, 2014). Sin embargo, dicha exigibilidad no es notoria en el contexto de pueblos indígenas Aguarunas. Más bien, se caracteriza por una pasividad frente a los servicios de salud, sustentada en la desconfianza y la poca credibilidad frente a la oferta del servicio de salud. Esta pasividad y desconfianza de los beneficiarios, agudiza a la vez, la pasividad del personal de salud a la hora de ofertar el servicio de atención de salud sobre el VIH-Sida. Es decir, ante una poca exigibilidad por parte de los comuneros Aguarunas, los funcionarios del centro de salud minimizan sus esfuerzos y deciden orientarlo a otros programas que les generan mayores ventajas políticas, de gestión y recursos institucionales.

Todas estas características propias del contexto indígena imprimen una dinámica particular en la interrelación entre la población local y el personal de salud. Es decir, el contexto influye en el flujo de la operativización del programa. Más aún si éstas, como veíamos en acápites anteriores, no tomaron en cuenta particularidades del contexto durante el proceso de planificación de la política. Lo que nos deja como lección, siguiendo a García (2014), que el contexto marca la diferencia y que las políticas previamente

diseñadas pueden ser contradictorias y hasta generar cierta animadversión frente al programa.

4.2. Consecuencias de la no aplicación del enfoque de interculturalidad

Develar las causas de la no aplicación del enfoque de interculturalidad en las políticas de salud inherentemente nos conlleva a identificar la generación de consecuencias. Por ello en lo que sigue analizamos dos elementos fundamentales, que a nuestro parecer englobarían las consecuencias de la falta o débil aplicación del enfoque de interculturalidad durante la implementación de la política contra el VIH-Sida en contextos indígenas.

4.2.1. La interculturalidad fuera del debate político y estructura sistémica

De acuerdo a la investigación evidenciamos, por un lado, una débil transversalización del enfoque de interculturalidad en las políticas de salud. Por otro, que el enfoque intercultural se asume principalmente como una herramienta técnica. Esta perspectiva que tiene el sector respecto a la interculturalidad y escasa preponderancia que le da al mismo, minimiza y desvaloriza la importancia de la transversalización de la interculturalidad, no sólo en la prestación del servicio público sino también en la mejora de la calidad de vida de la población.

Al darle un lugar meramente técnico, filantrópico y ético a la interculturalidad, se corre el riesgo de no repensar la interculturalidad en salud, y en los demás sectores, como una apuesta política, que de acuerdo a Seminario y Cárdenas (2011), demandaría también de un debate político. Pensar la interculturalidad desde lo político y no sólo desde lo técnico implica, de acuerdo a Kymlicka en un debate sobre la expansión de los derechos, mayor participación, menores grados de diferenciación socioeconómica, por ende menos exclusión. Todo ello en un marco de igualdad y libertad individual (Kymlicka, 1996). En ese sentido es importante entender la variable étnica no como sinónimo de desigualdad y vulnerabilidad, sino más bien como una oportunidad de justicia sociocultural, donde el enfoque de

interculturalidad debe asumir un protagonismo no solo técnico sino también político, y donde la población sea reconocida y se reconozca como un actor activo que ejerce su ciudadanía.

4.2.2. Justicia sociocultural postergada: vulneración a los derechos humanos

Otra de las consecuencias claramente visibles y muy asociado a la anterior, producto de la no aplicación del enfoque de interculturalidad en salud, sería la vulneración de derechos de la población indígena. Una vulneración que pone en desventaja a las/los pobladores awajún y posterga sus posibilidades de acceder a servicios de salud de calidad, al adecuado ejercicio de sus derechos, al desarrollo de sus capacidades y al ejercicio de una auténtica ciudadanía activa y efectiva en el marco de su propio contexto.

Hablar de derechos humanos en contextos indígenas, de acuerdo a Kymlicka (1996), implica repensar en la dignidad del ser humano centrada no sólo en libertades civiles y políticas, sino también en libertades culturales, en un marco de diálogo intercultural, donde todos aprendemos de todos. Además pasa por el hecho de poner en agencia una serie de valores que contribuirían a dinamizar la interculturalidad y consecuentemente promover la dignidad de la población indígena. Nos referimos a la tolerancia, el reconocimiento, la humildad y la inclusión, a través de los cuales se acortan distancias y permite el acercamiento respetuoso no sólo entre culturas diversas, sino también entre el Estado y las Comunidades Indígenas (Seminario y Cárdenas, 2011).

Esta investigación ha identificado políticas y programas de salud con escasa adecuación y pertinencia cultural, esto estaría vulnerando los valores y principios arriba señalados. Es por ello, que imperan políticas poco democráticas que no consideran indicadores de interculturalidad en salud lo que sería un síntoma de vulnerabilidad. En el Perú la implementación de políticas públicas muchas veces implica imponer, lo que nos muestra que la justicia cultural, planteada por Tubino (2004a), resulta siendo una filantropía que poco eco hace en el escenario político.

CONCLUSIONES

El problema público del incremento de casos registrados del VIH-Sida en las comunidades nativas Aguarunas del distrito de Nieva ha representado una situación de tensión, así como encuentros y desencuentros entre los comuneros nativos y los prestadores del servicio de salud. Parte de estos desencuentros se circunscriben en la forma como se diseñan las políticas públicas y de como se transversaliza el enfoque de interculturalidad en la implementación de los servicios de salud. Además, en la interacción entre la gestión pública y las contingencias socioculturales del escenario local que surgen durante el proceso de implementación del Programa ITS/VIH-Sida, dirigida hacia pueblos indígenas Aguarunas.

En ese marco, a partir del estudio de caso, podemos concluir, que si bien existieron políticas y programas concretos que se implementaron entre los años 2011-2014, en el C.S. Nieva, éstas no contemplaron elementos de adecuación y pertinencia cultural en sus diseños. Por el contrario, se trató de una Estrategia Nacional y de un Programa local basado en una planificación centrada en el cumplimiento de metas cuantitativas, donde la salud intercultural no era un criterio de evaluación del personal de salud ni sumaba como parte de las principales actividades a rendir.

Asimismo, la preponderancia que asumió el enfoque de interculturalidad en el diseño de las políticas identificadas y en los diferentes instrumentos de gestión de salud vinculante al VIH-Sida, fue sólo denominativa y conceptual, pese a la exigibilidad de la transversalización del enfoque. Es por ello, que persiste la ausencia de criterios para su operatividad, así como de indicadores que orienten el proceso de implementación, y consecuentemente su evaluación. Ello en su conjunto dificultó el adecuado despliegue del servicio en comunidades indígenas awajún.

Esa misma ausencia de interculturalidad se reproduce también en cada una de las fases del Programa de ITS/VIH-Sida que se implementa desde el C.S. Nieva, principalmente en el diagnóstico y el tratamiento, las mismas que no contemplan estrategias de interculturalidad. Es por ello, la presencia de

actitudes de rechazo a las pruebas rápidas y al TARGA, pese a ser gratuitos. A saber, hasta fines del año 2014, de los 152 casos diagnosticados con la enfermedad, sólo 20 pacientes recibieron el tratamiento y fueron consecuentes en el cumplimiento del esquema médico, 42 de ellos recibieron el tratamiento pero lo abandonaron en el camino, y poco más de la mitad se rehusaron, no sólo a recibir el tratamiento, sino también a aceptar la presencia de la enfermedad en su cuerpo, asociándolo a causas espirituales como la brujería.

Con el estudio hemos constatado que el Programa de prevención y control de ITS/VIH-Sida desde el Centro de Salud de Nieva ha presentado una serie de limitaciones y contratiempos durante su ejecución. Ello se debió a la presencia de algunos factores que no han sido previstos durante el diseño o durante la planificación de la implementación, que consecuentemente afectaron una adecuada oferta del programa. Entre ellos sobresale la escases de personal y la escasa capacidad para desplegar estrategias de comunicación intercultural, limitando un adecuado diálogo entre el personal de salud y la población usuaria del servicio. A saber, de las 9 obstetras contratadas exclusivamente por la Estrategia de prevención y control de ITS/VIH-Sida a nivel de la provincia de Condorcanqui, sólo 2 laboran en el C.S. Salud Nieva, las 6 restantes se distribuyen en las otras tres Microredes de Salud y 1 de ellas asume la coordinación desde la Red de Salud Condorcanqui. De estos 9 trabajadores de salud ninguno habla el idioma nativo (awajún), no son de la zona y tampoco han recibido capacitación en materia de interculturalidad y del contexto amazónico-indígena. Por su parte, los establecimientos de salud no cuentan con personal adicional en materia de traductores o intérpretes y menos aún para apoyar en casos epidemiológicos tan reservados (por prescripción legal y ética profesional) como es el VIH-Sida. A ello debemos sumar, la escases de recursos, medicamentos, equipos e infraestructura que también han limitado la capacidad resolutive del programa. En el C.S. Nieva y la Red de Salud Condorcanqui, hasta fines del año 2010, la Estrategia no contaba con presupuesto, la atención se desplegaba desde el área materno infantil y

PPFF, fue a partir del año 2011, con la visibilización y el incremento paulatino de casos, que dicha área comenzó a percibir un monto de S/. 220 mil nuevos soles por año para atender los tres distritos de la Provincia de Cpondorcanqui. De dicho presupuesto, el 75% estaba destinado a pago de personal y sólo el 25% se orientaba al la oferta operativa del servicio de salud, principalmente al diagnóstico y tratamiento de casos identificados, mas no a la parte preventiva promocional de la salud a nivel comunitario.

Otro factor relevante identificado está asociado a los prejuicios y construcciones mentales previas que los awajún tienen sobre el personal de salud y el servicio que ofrecen. Sobresalen sentimiento de desconfianza, inseguridad, desconocimiento y hasta miedo y vergüenza, que hace que la población nativa acuda poco a hacer uso del servicio. Paralelamente, también se identifica percepción y construcciones previas por parte del personal de salud hacia los nativos, quienes son considerados como inconsecuentes, prejuiciosos, descuidados, no hablan el castellano, etc. En estas relaciones discordantes resurgen relaciones hegemónicas y subalternas no sólo entre el personal de salud y los pacientes, sino también entre el sistema de la medicina biomédica y el sistema de medicina tradicional.

El problema de las normativas técnicas y los protocolos de atención también fueron un factor limitante durante la ejecución del programa. Éstos resultaron ser poco específicos y muy estandarizados, consecuentemente inconexos para la realidad local. A ello se suma la ineficacia del enfoque biomédico, que contempla a la enfermedad individualmente, frente a un contexto donde el proceso salud-enfermedad es entendido colectivamente y en relación a todo su sistema de vida.

Respecto a las causas para una escasa aplicación del enfoque de interculturalidad en salud, encontramos que se asocia a características que corresponden a una estructura institucionalizada y hasta politizada. Una de ellas es la verticalidad de la política, que determina los procesos de diseño, implementación y evaluación de las políticas públicas. Esto devela la coexistencia de modelos de gestión tradicional que guían la administración del sector salud. Un modelo que controla los procesos a partir de lógicas que van

de arriba hacia abajo y del centro a la periferia, y por lo mismo minimiza las discrecionalidad, la capacidad de innovación y de agencia, de los gestores del nivel regional y local.

Otra característica encontrada, está asociado a problemas en el diseño de la política nacional y el re-diseño de la política desde lo local, que no ha logrado asumir un enfoque más integral que vaya más allá del biomédico. Ello se debe a las limitaciones para definir adecuadamente el problema público, así como los límites en el mismo diseño institucional del sector.

La escasa capacidad de los directivos públicos para tomar decisiones estratégicas orientadas a la adecuación y pertinencia cultural del programa durante la implementación, también fue una característica que ha limitado la adecuada aplicación del enfoque de interculturalidad desde el C. S. Nieva. Al respecto, se evidencia que entre el periodo 2011-2014, hubo 6 directivos públicos de salud, que contaron con la confianza del Director Regional de la DIRESA-Amazonas y tuvieron la responsabilidad de gestionar y gerenciar el C.S. Nieva y la Red de Salud Condorcanqui. Ninguno fue personal nombrado. Cuatro de ellos fueron personal médico contratado, que luego de unos meses o bien renunciaban o en su defecto fueron cambiados. Dos de ellos fueron obstetras, también contratados, que asumieron los cargos de manera temporal. Todos ello provenían de un desempeño eminentemente asistencial más no de campos administrativos y de gestión, con escaso conocimiento sobre estrategias de interculturalidad en salud. En ese sentido, concluimos que la poca claridad en la ruta estratégica se debió a la inexperiencia en materia de gestión por parte de los directivos, quienes asumieron estos cargos de confianza a través de lo que Dargent (2012) denomina la “política clientelar”, más no meritocráticamente.

La complejidad del contexto también ha influido significativamente. Sobre ello encontramos que poco se tomó en cuenta, desde los niveles altos de la política, las condiciones y características propias del contexto indígena. Contrariamente se ha marchado bajo un diseño con una visión culturalmente homogenizante del país. Es por ello, muchos de los desencuentros surtidos entre el programa de salud ITS/VIH-Sida y la población beneficiaria nativa.

La escasa adecuación y pertinencia cultural de los servicios de salud agravan aún más la variable étnica, generando como consecuencias la desigualdad y exclusión social. Asimismo, se vulnera los derechos humanos de la población indígena, limitando el logro de una auténtica justicia cultural. No menos importante, como una posible consecuencia, está relacionado al hecho de que la categoría de interculturalidad siga viéndose como una herramienta técnica y de gestión mas no como una apuesta política que demande a la vez un debate más que técnico, político.

Finalmente, en el marco de nuestra hipótesis, se evidencia que en el sector salud hay vacíos en materia de salud intercultural y capacidades estratégicas interculturales. Esto ha agudizado la incompreensión y en ocasiones la discriminación hacia las poblaciones indígenas, cuyas concepciones culturales se confrontan con los planteamientos de las políticas públicas de salud hechas desde Lima. Ello ha generado desencuentros y choques de visiones que han afectado tanto la calidad como la viabilidad del servicio de salud. Además, de dificultar el real acceso al derecho a la salud por parte de las poblaciones indígenas. Asimismo, queda demostrado que efectivamente los gestores públicos que trabajan en el sector salud en la Amazonia tienen limitadas capacidades estratégicas para aplicar el enfoque intercultural en el proceso de implementación de políticas de salud sobre ITS y VIH-Sida. Estos actúan bajo un modelo de racionalidad limitada, el mismo que repercute en los resultados esperados de las políticas de salud diseñadas desde el nivel central.

BIBLIOGRAFÍA

- ABUSADA, Roberto (2000). *La reforma Incompleta: recatando los noventa*. Lima: Centro de investigaciones de la Universidad del Pacífico.
- AGUILAR, Luis (1994), *El estudio de las políticas públicas* México: MAP; Primera Reimpresión.
- ALARCÓN, Ana; VIDAL, Aldo; NEIRA, Jaime (2003). *Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales*. Conceptual bases of intercultural health. Chile: Rev. Salud Intercultural.
- ALZA, Carlos (2009). *La gestión pública inconexa*. Lima: Apeco.
- ALZA, Carlos (2012). *Gestión Pública: balance y perspectivas*. Lima: Fondo Editorial PUCP.
- ARMADA, Francisco (2007). *Presentación*. En Salud Indígena en Venezuela, Volumen 1. G. Freire y A. Tillett(eds.). Caracas. Ministerio del Poder Popular para la Salud. Dirección del Salud Indígena.
- ARROYO, Juan (2001). *Interculturalidad en salud. Estudio socioantropológico de enfermedades que cursan con síndrome ictero hemorrágico en Ayacucho y Cuzco*. Ministerio de Salud, OGE, Proyecto Vega. Lima.
- BARZELAY, Michael (2000). *Atravesando la burocracia: una nueva perspectiva de la administración pública*. México: Fondo de Cultura Económica.
- BELLO, Luis Jesús (2011). *El Estado ante la Sociedad Multiétnica y Pluricultural: Políticas Públicas y Derechos de los Pueblos Indígenas en Venezuela*. IWGIA – Serie Derechos Indígenas, Index: Pueblos Indígenas.
- BERMAN, Paul (1978). *El Estudio de la Macro y Micro Implementación*. La Implementación de las Políticas. México: Van Meter Donald S.
- BETANCOURT, Fabian y PINILLA, María (2008). *Aproximaciones sobre el contexto sociocultural del VIH-Sida en comunidades indígenas de Colombia*. Ponencia: II Conferencia Mundial de Pueblos Indígenas, Originarios y Afrodescendientes frente al VIH-Sida. Las sexualidades y los derechos humanos. México.
- BOZEMAN, Barry (2006). *La gestión pública; su situación actual*. II Edición. México: Fondo Cultura Económica.

CÁRDENAS, Clara (1989). *Los unaya y su mundo. Aproximación al sistema médico de los shipibo-conibo del río Ucayali*. Lima: Instituto Indigenista Peruano y Centro Amazónico de Antropología y Aplicación Práctica.

CORTAZAR, J.C (2006a). *La reforma de la administración pública peruana (1990-1997): conflicto y estrategias diversas en la elaboración de políticas*. Lima: Instituto de Políticas Sociales.

CORTAZAR, J.C (2006b). *Una mirada estratégica y gerencial de la implementación de los programas sociales*. Washington DC: Instituto Interamericano Para el Desarrollo Social – BID. Serie de Documentos de Trabajo I-55. Abril, pp. 4-25.

CORRE, Norma (2011). *Interculturalidad y políticas públicas: una agenda al 2016*. En: Economía y Sociedad N° 77. Lima: CIES y PUCP.

CUETO, Marcos (2001). *Culpa y coraje: historia de las políticas sobre el VIH/Sida en el Perú*. Consorcio de Investigación Económica y Social. Lima: Universidad Cayetano Heredia.

CUEVA, N. y ROCA, L (2011). *Interculturalidad en salud: manual de sensibilización dirigido a personal de salud*. Salud Sin Límites Perú y Fondo de Población de Naciones Unidas.

CHÁVEZ, Claudia; YON, Carmen; CÁRDENAS, Cynthia (2015). *El aporte de los egresados del programa de formación de enfermeros técnicos en salud intercultural amazónica de AIDSESEP a la salud intercultural: estudio de caso en dos comunidades de Amazonas*. Lima: IEP.

CHOQUE, Raúl (2011). *Planeamiento Estratégico y cuadro de mando integral en la gestión pública*. Lima: CONCYTEC.

DARGENT, Eduardo (2012). *El estado en el Perú: una agenda de investigación*. Escuela de Gobierno y Políticas Públicas – PUCP.

DE NEGRI, Armando y Otros (2002). *El desarrollo de un pensamiento estratégico en las políticas públicas por la calidad de vida y la salud*. Caracas. Ministerio de Salud y Desarrollo Social – Instituto de Altos Estudios “Dr. Arnoldo Gabaldón”.

DE SOUZA, María (2003). *Investigación social*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

DE SOUZA, María (1997). *El desafío del conocimiento. Investigación cualitativa en salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

FALLETI, Tulia y LYNCH, Julia (2009). *Context and Causal Mechanisms in Political Analysis*. En: Comparative Political Studies, N° 42, pp.1143-1166.

FORESTES, John (1984). *La racionalidad limitada y la política de salir del paso*.

GEERZ, C. (1998). *Thick description: Toward an Interpretative Theory of Culture*. En: Bohannan P, Glazer M, editores. New York: High Points in Anthropology. McGraw-Hill.

GRINDLE, Merilee (2009). *La brecha de la implementación*. En: Política pública y democracia en América Latina. Del análisis a la implementación. México: Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Monterrey.

HELAMN. CG. (1994). *Culture, Health and Illness*. Oxford: Butterworth-Heinemann.

HASSENTEUFEL, Patrick (2008). *Sociologie Politique: L'action Publique*. Paris: Armand Colin.

HUAYHUA, Margarita (2006). *Discriminación y exclusión: políticas públicas de salud y poblaciones indígenas*. Serie Sociología y Política. Lima: IEP Ediciones.

KINGDON, J. (1995). *Agendas, Alternatives and public policies* (2nd Edition). Nueva York: Longman.

KINGDON, J. (1995). *Agendas, Alternatives and public policies* (2nd Edition). Nueva York: Longman.

KNOEPFEL, P. (2001). *Analyse et pilotage des politiques publiques (Análisis y Gestión de Políticas Públicas)*. Bâle : Helbing & Lichtenhahn (série Analyse des politiques publiques / Politikanalyse).

KYMLICKA, W. (1996). *Ciudadanía multicultural*. Una teoría liberal de los derechos de las minorías. 1a. edición en español. Barcelona: Editorial Paidós Ibérica.

LAHERA, Eugenio (2004). *Políticas y políticas públicas*. En CEPAL Naciones Unidas. Serie Políticas Sociales No. 95. Santiago de Chile.

LAHERA, Eugenio (2006). *Del dicho al hecho: como implementar las políticas?* En Revista del CLAD Reforma y Democracia, No. 35, Junio, Caracas.

LASSWELL, H. (1970). *A pre view of policy sciences*. New York: Elsevir.

LINDBLOM, Charles (1991). *El proceso de elaboración de políticas públicas*. Cap. III: los límites del análisis como alternativa política. Madrid: Ministerios de las Administraciones Públicas.

LINDBLOM, Charles (1995). *La ciencia de salir del paso*. En: The Science of muddlingthrough. En Public Administratio Review, N° XXXIX. Traducción al español de Margarita Bojalil.

LIPSKY, Michael (1980). *La burocracia al nivel de la calle: los dilemas del individuo en la función pública*. Russell Sage Foundation.

MARIÑEZ, Freddy y GARZA, Vidal (2009). *Política pública y democracia en América Latina. Del análisis a la implementación*. México: Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Monterrey.

MENÉNDEZ, E. (2009). *Modelos, saberes y formas de atención de los padecimientos: de exclusiones ideológicas y de articulaciones prácticas*. En: Menéndez E. De sujetos, saberes y estructuras: introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva. Buenos Aires.

MENÉNDEZ, E. (2005). *Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos*. Buenos Aires: Revista de Antropología Social.

MENY, Yves y THCENING, Jean-Claude (1992). *Las políticas públicas*. Barcelona: Editorial Ariel Ciencia Política.

MORON, Eduardo y SANBORN, Cynthia (2006). *Los escollos del diseño de políticas en Perú: Actores, Instituciones y las reglas de juego*. Rosearch Department Publications 3202, IADB.

MOORE, Mark (1998). *Gestión estratégica y creación de valor público en el sector público*. España: Paidós.

MOORE, Mark (1995). *Creatin Public Value. Strategic Management in Government*. Cambridge: Mass. Harvard University Press

MUJICA, Jaris y Otros (2007). *Infecciones de transmisión sexual y VIH/Sida en comunidades nativas de la Amazonía peruana: consideraciones culturales*. En: Rev. Peru. Med. Exp Salud Pública.

MUÑOZ, Paula (2008). *¿La política importa? Los determinantes políticos de la eficiencia del gasto municipal*. Lima: CIES.

PAREDES, Luis (2010). *Instrumentos de gestión institucional para el sector público*. Lima: Ediciones Caballero Bustamante.

PETERS, Guy (2002). *De cambio en cambio: patrones de continuidad en la reforma administrativa*. En reforma y Democracia, N° 24. Caracas: CLAD.

RAMÍREZ, César (2011). *Elementos para el análisis y estructuración de políticas públicas en América Latina*. Bogotá: CLAD.

REÁTEGUI, Juan (2003). *El Programa de Salud Indígena*. En Hvalkof 2003, pp. 178-185.

ROTH, André–Nöel (2002). *Políticas Públicas. Formulación, implementación y evaluación*. Bogotá: Editorial Aurora.

SABATER, Paul y MAZMANIAN, Daniel (2000). *La Implementación de las Políticas*. México: Van Meterm Donald S.

SEMINARIO G. y CÁRDENAS C. (2011). *Marco Teórico e Instrumentos para la evaluación de la incorporación del enfoque intercultural*. En: <http://www.bvsde.paho.org/documentosdigitales/bvsde/texcom/sct/052359.pdf>

STONE, Deborah (2002). *Policy Paradox: The Art of Political Decision Making*. Revised Edition. New York: W. W. Norton & Company INC.

SUBIRATS, Joan (2008). *Análisis y gestión de políticas públicas*. Barcelona: Ariel.

VAN METER y VAN HORN (1975). "The Policy Implementation Process. A conceptual Framework", en *Administration & Society*, vol. 6, no. 4, pp. 445-488. Traducción al español de Gloria Elena Bernal.

VASQUEZ, Enrique (2008). *Gerencia estratégica de la inversión social*. Lima: Centro de Investigaciones de la Universidad del Pacífico.

WEBER, Max (1964). *Economía y sociedad*. 8va. México: Fondo de Cultura Económica.