

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

Factores relacionados al proceso de diseño de la política de salud intercultural en  
el Perú

**Tesis para optar el Título de Licenciada en Ciencia Política y Gobierno**

Dayce Denisse Castillo Matos

Asesor: Carlos Alza Barco

Diciembre, 2015

## ÍNDICE

Políticas públicas, salud y el enfoque intercultural: precisando conceptos.....	1
1.1. La interculturalidad ¿política pública o enfoque para hacer políticas? ....	1
1.2. Políticas Interculturales en América Latina.....	7
1.3. Diseñando una Política de Salud Intercultural (PSI) .....	14
1.3.1. Salud intercultural .....	14
1.3.2. Elementos para el diseño de la política de salud intercultural .....	18
CAPITULO II .....	25
El caso de la política de Salud Intercultural en el Perú .....	26
2.1. Visibilizando el tema indígena .....	26
2.2. Seleccionado entre dos modelos: la respuesta del Estado a las diferencias y la creación del CENSI. ....	30
2.3. Adecuando espacios de salud interculturalmente.....	34
2.4. Consultando la aprobación de la Política de Salud Intercultural .....	38
CAPÍTULO III.....	46
Análisis de los factores que influyeron en el diseño de la Política de Salud .....	46
Intercultural.....	46
3.1. Analizando el diseño de la política de salud intercultural en el Perú .....	46
3.1.1. El proceso de diseño de la política y los actores involucrados .....	47
3.1.2. Visión sistémica del diseño de la política de Salud Intercultural en el caso peruano .....	55
3.2. Factores relacionados al diseño de la Política de Salud Intercultural.....	57
3.2.1. La fuerza de las ideas: modelo de atención en salud y reformas neoliberales .....	57
3.2.2. Limitaciones del diseño institucional (estructura y recursos) .....	69
3.2.3. Limitaciones en la participación indígena .....	78
CONCLUSIONES .....	86
BIBLIOGRAFÍA .....	89
ANEXOS.....	103

## INTRODUCCIÓN

*La pobreza –nos dice acertadamente Amartya Sen- no es solo ausencia de recursos. Es, ante todo, ausencia de oportunidades, **ausencia de derechos, ausencia de ciudadanía.** En los Estados nacionales **los pueblos indígenas son colectivos excluidos de la ciudadanía** por motivos de orden económico y por razones de **orden cultural. La reivindicación de sus derechos básicos es la plataforma de la lucha común del movimiento indígena latinoamericano.**”*  
(Tubino, *Ciudadanías complejas y diversidad cultural*, 2003, pág. 185)

El análisis de las políticas públicas es un proceso complejo conformado por diversas fases <sup>1</sup>: agendación, diseño, implementación y evaluación (Lindblom 1991:13; Subirats 2008). Estas etapas suelen desarrollarse de manera simultánea y son afectadas por diversos factores que influyen de manera directa o indirecta en la formulación de la política. Comprender el nivel de influencia de estos factores dependerá no solo de la etapa en la que la formulación de la política se encuentre sino también de la temática que aborda la misma.

En esta investigación se entiende la política como un proceso continuo y complejo, se asume una postura incremental de la política pública como sostiene Subirats (2008). Entender la política como un conjunto de procesos y productos al interior de ella nos permite prestar mayor atención a decisiones y

---

<sup>1</sup> El ciclo al que se hace referencia es el planteado por Lindblom (1991) en el cual se describen cinco fases principalmente: origen del problema, incorporación a la agenda de gobierno, toma de decisiones, implementación y evaluación. Aclarando que este no es un proceso lineal, sino que se trata de fases que pueden retomarse y definirse durante todo el ciclo de la política.

acciones específicas del proceso que pueden ser afectadas por un elemento externo o interno que podrían definir el rumbo de la política.

Los estudios del ciclo de política permiten comprender el curso que una política ha tomado, muchos de ellos se han enfocado a la evaluación o al proceso de implementación, los resultados de estos estudios permiten identificar diversos problemas que no fueron previstos en el diseño. Es por ello que la etapa de diseño es fundamental, es el momento en el cual se define el problema y el enfoque que tomará la política; las alternativas de solución; y se toman decisiones sobre los programas y recursos para el momento de la implementación (Subirats 1994; Lindblom 1991 y Barzelay 2003). Por lo tanto, es la etapa en la cual se puede evidenciar, por ejemplo, si la política asumirá o no un enfoque de género o cualquier otro y los dispositivos que se dispondrán para hacerlo efectivo.

Será relevante entonces, preguntarse por los factores que están relacionados a este momento. Para tal fin se ha seleccionado el caso de la Política de Salud Intercultural del Estado Peruano. Si bien el análisis de un caso no permite generalizaciones es pertinente en tanto genera un espacio de reflexión sobre algunos puntos a los que se puede prestar mayor atención en la etapa de diseño y específicamente en el caso de una política intercultural.

El caso requiere una atención específica debido a los elementos y dimensiones que involucra. La salud es un derecho que debe garantizarse

desde el Estado para todos los ciudadanos, pero este es un proceso que se complejiza en un país culturalmente diverso como el Perú. Por lo que la etapa de diseño será fundamental en tanto permite analizar e identificar si el elemento intercultural será incorporado.

En el 2010, el Instituto Nacional de Desarrollo de Pueblos Andinos, Amazónicos y Afroperuanos (INDEPA) señaló que en el Perú habría 77 pueblos indígenas<sup>2</sup>. Estos grupos, en la mayoría de casos, se encuentran excluidos o tienen dificultades de acceso a servicios básicos que se ofrecen mayoritariamente en ambientes urbanos, además enfrentan grandes niveles de pobreza y la discriminación de sus idiomas y personas (Alvarado 2002: 38). Analizar el caso de la salud intercultural nos permite entender uno de los grandes problemas que afrontan las comunidades indígenas en la búsqueda de sus derechos. Estas comunidades ven vulneradas sus prácticas culturales en salud debido a la imposición de los modelos de atención occidentales que no dialogan con su manera de vivir.

En el país durante varios años se han desarrollado acciones que responden a dicha dificultad, buscando brindar un servicio de salud en contextos culturalmente distintos en los cuales algunos elementos de la salud occidental afectan o están en contraposición a las prácticas de salud

---

<sup>2</sup> Para efectos de esta investigación se tomará la definición de pueblos indígenas del Convenio 169 de la OIT: "Son comunidades que conservan: Estilos tradicionales de vida; Cultura y modo de vida diferentes a los de los otros segmentos de la población nacional, p.ej. la forma de subsistencia, el idioma, las costumbres, etc.; Organización social e instituciones políticas propias; y viven en continuidad histórica en un área determinada, o antes de que otros "invadieron" o vinieron al área."

desarrolladas por estas comunidades. Algunas de las acciones desarrolladas fueron la creación de la Estrategia Nacional Sanitaria Salud de los Pueblos Indígenas y la formulación de la política de Salud Intercultural elaborada por el Centro de Salud Intercultural (CENSI) la cual reconoce la necesidad del Estado de responder a esta problemática y diseña acciones concretas para abordarla. Confirmando lo que ya había indicado la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1987 como la necesidad de que los Estados desarrollen estrategias para una Salud Intercultural.

Bajo este contexto, se podría asumir que el Estado peruano ha desarrollado y diseñado una estrategia que responde a esta problemática, que tuvo como resultado la elaboración de la política de Salud Intercultural. Sin embargo, la realidad observada en las comunidades amazónicas<sup>3</sup>, en los últimos años, permite evidenciar que el Estado aún no ha logrado garantizar el derecho a la salud y que su respuesta se ha caracterizado por acciones de adecuación cultural que no están integradas entre sí ni diseñadas para interactuar en una realidad en donde coexisten dos sistemas de salud. Por lo que resulta necesario revisar el proceso de diseño de esta política y analizar los elementos que la componen para comprender si existieron deficiencias, y de qué tipo, que han evitado la aplicación de una política integral en el sector.

---

<sup>3</sup> Visibilizada por la experiencia recogida en el informe defensorial 169 publicado en febrero 2015.

Para esta tarea se utilizará el método de estudio de caso como estrategia de investigación según el planteamiento de Barzelay y Cortazar (2004) considerando la narración en forma de relato para definir los elementos principales que forman parte de la secuencia de acontecimientos que contribuyen al desarrollo de un proceso específico (Polkinghorne, 1988 citado por Barzelay y Cortazar). Esto nos permitirá identificar como las acciones se encadenan de una determinada manera y explican el resultado específico de una acción Estatal (política pública). El análisis está enfocado a determinar los factores que han influido de alguna manera en el desarrollo de la política, para identificarlos se ha recurrido a la revisión de documentos y la aplicación de entrevistas semi estructuradas a funcionarios del estado, representantes de organizaciones indígenas, organizaciones no gubernamentales y académicos expertos en el tema<sup>4</sup>.

El texto está organizado en tres capítulos. El primero de ellos presenta los conceptos principales que componen la investigación: políticas públicas, enfoque intercultural, sistema de salud y salud intercultural. Para esta sección se considera como un punto fundamental y de partida la experiencia de algunos países de la región como México, Bolivia y Ecuador<sup>5</sup>. Se asume una postura específica sobre cada uno de ellos y se propone la interrelación bajo la

---

<sup>4</sup> La lista de entrevistados se encuentra en el anexo 1.

<sup>5</sup> Para el caso de México se revisó principalmente el documento "Enfoque intercultural: Herramienta para apoyar la calidad de los servicios de salud" elaborado por el Ministerio de Salud y para el caso de Ecuador se recogió las propuestas realizadas por Germán Muenala, especialista en asuntos indígenas, quien presentó una ponencia en los "Seminarios de Gestión Local Intercultural" realizados en setiembre del 2009 en Ecuador así como también la "Guía para la adecuación de los servicios de salud" del Ministerio de ese país.

cual se desarrollará el resto de los capítulos. En el segundo capítulo se presenta la narración del estudio de caso de la Política de Salud Intercultural en el Perú entre los años 2002 y 2014 con el objetivo de visibilizar los hitos que componen la política y los puntos sobre los cuales se prestará mayor atención en el análisis.

Finalmente, en el capítulo tres se presentan los factores identificados: el rol de las ideas en la definición del enfoque de política, las limitaciones en el diseño institucional y la limitación en la participación indígena. Estos tres factores son analizados a la luz de la narración y se relacionan directamente con los actores principales de esta política: el gobierno central, a través de la PCM; el MINSA, a través del CENSI y sus diversas Direcciones Generales; y los Pueblos Indígenas representados por AIDSESEP.

## CAPÍTULO I

### **Políticas públicas, salud y el enfoque intercultural: precisando conceptos**

#### **1.1. La interculturalidad ¿política pública o enfoque para hacer políticas?**

*La palabra interculturalidad está excesivamente manoseada y se ha convertido casi en un concepto polisémico, y además como si fuera la solución a todo; en realidad, se trata de la interrelación entre grupos culturales distintos. Se entiende por interculturalidad, por ejemplo, en educación bilingüe, que se enseñe quechua a los que son quechua hablantes. Eso no es interculturalidad, es educación bilingüe. Interculturalidad quiere decir que el que habla castellano aprenda algo de quechua y el que está en Lima sepa algunas palabras de Aymara, que sepa además como viven los puneños, eso se puede aceptar como interculturalidad. Estamos cargando toda nuestra concepción, por lo menos en el Perú, a convertir en sinónimos de interculturalidad algunas ventajas para los pueblos indígenas. (Urrutia 2006:183)*

El concepto de interculturalidad es producto de un debate de muchos años que ha tenido lugar, especialmente, en las ciencias sociales. Parte de la comprensión del concepto implica la definición de cultura, término más debatido aún pero que para fines de este trabajo será entendido como “el conocimiento, las creencias, modos de entender el mundo, el arte, la moral, el derecho, las costumbres, la forma de organizarse y valorarse a uno mismo en cuanto individuo y en cuanto a grupo” (Tylor, 1995; Heise, Tubino y Ardito 1996). Adicionalmente, se debe considerar que las culturas no son estáticas, estas van cambiando: incorporan nuevos elementos, los reconstruyen o pueden reafirmarlos.

**Cuadro 1 Maneras de abordar las relaciones entre las culturas**

ABORDAJE	MULTICULTURALISMO	PLURICULTURALISMO	INTERCULTURALIDAD
<b>Reconocimiento de las diferencias culturales</b>	Se reivindican las diferencias culturales	Se reconocen las diferencias culturales con consecuencias jurídicas y políticas	Establece relaciones de confianza, reconocimiento mutuo, comunicación efectiva, diálogo, aprendizaje intercambio
<b>Manera de ver las asimetrías e injusticias</b>	Intracultural: se visibiliza las culturas injustamente menospreciadas	Intercultural: se visibiliza las relaciones de poder injustas entre las culturas	Se desarrollan competencias para comunicarse en contextos de relación con otras culturas
<b>Políticas para promover los derechos de los grupos culturales</b>	Acciones afirmativas (“de inclusión”) para favorecer la igualdad de oportunidades en el acceso a los servicios del Estado.	Acciones transformativas de las estructuras políticas, sociales y económicas del Estado para la plena participación de todos los grupos	Igualdad en el ejercicio de derechos y acceso a oportunidades. Orden político que reconozca pluralidad del Estado, democracia inclusiva y participativa.
<b>Modelo de Estado</b>	Estado monocultural	Estado pluricultural	Estado Pluricultural
<b>Tipo de relación que se promueve entre las culturas</b>	Coexistencia respetuosa, sin intercambio	Intercambio, enriquecimiento y transformación mutua	Renovación del pacto social y la construcción de una cultura política común a partir de un diálogo intercultural en las esferas públicas de la sociedad civil.

Fuente: Cooperación Alemana al Desarrollo - Programa Buen Gobierno y Reforma del Estado

Como se observa en el cuadro 1, la interculturalidad plantea un reto importante pues va más allá del multiculturalismo. Establece relaciones de confianza y reconocimiento mutuo, es decir, no basta con “tolerar” la existencia de la diferencia en el plano cultural y esperar que, según las bases de la teoría liberal, los derechos sean respetados. Se asume que todos somos parte del Estado – Nación bajo los mismos términos y que independientemente de las diferencias culturales los intereses son los mismos a nivel individual y

económico, dicha afirmación no es del todo cierta cuando se trata de “pueblos enteros despojados del ejercicio de sus derechos con el consentimiento del Estado – Nación” (Villoro 1999 citado por Cárdenas 2011). Entonces vale la pena reflexionar sobre la ciudadanía de estas comunidades, las cuales son anteriores a la construcción del Estado-Nación y por lo tanto no han participado en dicho proceso y por lo tanto no comparten todos los valores del mismo.

Esta situación exige repensar los términos bajo los cuales se produce la relación del Estado con las comunidades indígenas. En este contexto, la interculturalidad surge como herramienta para acompañar este proceso. Esta herramienta permite establecer un diálogo profundo, el cual debe partir del reconocimiento mutuo y la aceptación de la propia identidad y de la autoestima para luego comprender al otro desde su propia visión del mundo y jerarquía de valores permitiendo la reestructuración y auto transformación de lo propio (Alvarado 2002; Tubino 2003; Cárdenas 2011) generando la posibilidad de creación de relaciones de confianza, comunicación afectiva, diálogo y debate, así como aprendizaje e intercambio (Giménez 2000). Para este propósito no solo es necesario un espacio para el diálogo sino también una actitud específica que se asuma en todos los niveles de decisión y acción del Estado: en palabras de Rodolfo Stavenhagen, ex Relator Especial sobre la situación de derechos humanos de los pueblos indígenas en Ecuador, construir un concepto de interculturalidad implica tres “R”: Reconocimiento, Respeto y Reciprocidad (2009).

A nivel teórico y desde el análisis de las ciencias sociales, la interculturalidad se asume como un elemento necesario en una sociedad tan diversa como esta. Sin embargo, cuando se intenta aterrizar y utilizar este concepto desde la gestión pública y la formulación e implementación de políticas no resulta una tarea muy sencilla. La definición de políticas públicas que asume este estudio se basa en el trabajo de Subirats, quien la define como un conjunto de decisiones: “decidir que existe un problema, decidir que se debe intentar resolver. Decidir la mejor manera de proceder. Decidir legislar sobre el tema, etc.” (1994:41). Por su lado, Alza (2010:45) señala que en este conjunto de decisiones existe un complejo proceso de interacciones entre actores que conduce a la toma de decisiones públicas, las cuales están destinadas a resolver problemas socialmente relevantes para los ciudadanos, en las cuales intervienen visiones e interés diferentes.

Bajo este contexto y en relación con la interculturalidad surgen diversas interrogantes: ¿El elemento intercultural debería ser transversal a las políticas o estamos frente a la necesidad de generar políticas interculturales? En todo caso, ¿cómo se podrían definir? Si la interculturalidad es transversal a otras políticas, es decir, se asume como un enfoque, entonces, ¿Cuáles serían las características que nos permiten definir su existencia?

El conjunto de preguntas presentadas plantea el debate sobre la “Política intercultural” vs el “Enfoque intercultural”. Es decir, definir si la interculturalidad será un elemento que puede dirigir el proceso de formulación de otras políticas

o es una problemática que puede ser abordada como problema público. Para esta investigación el enfoque intercultural en políticas implicará que en este conjunto de decisiones (formulación de la política pública) se tome en consideración la diversidad cultural a la que ya se ha hecho referencia. Sin embargo, esta propuesta puede ser muy abstracta para definir la categoría, sobre todo si es analizada desde el punto de vista de la gestión pública la cual debe de aterrizar su visión en planes operativos concretos.

Si se asume como una política intercultural se puede entender la interculturalidad de manera más pragmática, lo cual no necesariamente es negativo, por ejemplo, a través de la consideración de la variable étnica como un instrumento de focalización de política que nos indicará si estamos frente a una política intercultural. Norma Correa (2011) presenta una tipología de políticas según la consideración de esta variable que ayuda a comprender este tipo de políticas. En este caso la interculturalidad sirve para caracterizar o definir un tipo de políticas. Entonces, según esta propuesta, si la política está dirigida a un público con diversidad étnica (focalizada étnicamente) se le otorga la categoría de intercultural. El siguiente cuadro menciona las ventajas y desventajas de esta tipología.

**Cuadro 2 Políticas étnicamente focalizadas**

Tipo	Características	Ventajas	Desventajas	Ejemplos
Tipo A: Políticas étnicamente focalizadas	Principalmente dirigidas a población indígenas y, en menor medida, a los grupos afrodescendientes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mayor pertinencia cultural de las intervenciones.</li> <li>• Brindan trato preferencial a grupos históricamente excluidos.</li> <li>• Generan espacios de fortalecimiento para las organizaciones representativas y liderazgos étnicos.</li> <li>• Mayor sintonía con la agenda de los derechos las minorías étnicas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implica generar una oferta diferenciada en el diseño e implementación.</li> <li>• Sesgo rural e indigenista.</li> <li>• Podrían generar tensiones en contextos multiétnicos donde conviven poblaciones con similares niveles de pobreza.</li> <li>• Pueden promover visión “grupista” de lo étnico (Brubaker 2004).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Educación Intercultural Bilingüe.</li> <li>• Salud Intercultural</li> <li>• Programas de etnodesarrollo o desarrollo con identidad</li> <li>• Conservación ambiental.</li> </ul>

Fuente: Norma Correa (2011) en base a Robles (2009)

Como se menciona claramente en las desventajas, este tipo de definición presenta el riesgo de tener un sesgo indigenista. Se podría asumir la interculturalidad como “adjetivo” relativo a lo indígena, que implica abordar el tema “del otro” (del indígena, en este caso) y desarrollar políticas que solucionen su problemática de manera muy específica y aislada. El mayor problema en este caso es pensar “que los interculturales son ellos, cuando todos somos seres interculturales” (Entrevista a Fernando Carbone; Aliaga 2014: 71).

Esta situación dista de lo que en esencia plantea la interculturalidad: un proceso de aprendizaje, interacción y diálogo. Por lo que, para fines de este trabajo, se priorizará el “enfoque intercultural” el cual implica, independientemente del tema que aborde la política, la consideración y análisis de los elementos que componen la diversidad cultural en todo el ciclo de políticas en relación. Adicionalmente, según el documento “Enfoque

intercultural, aportes para la gestión pública” elaborado por el Ministerio de Cultura, se debe considerar cinco requisitos que evidencian la presencia de este enfoque. La integralidad, transversalidad, institucionalidad, reconocimiento e igualdad.

**Cuadro 3 Requisitos para la implementación de un enfoque intercultural**

Requisito	Orientación
<b>Integralidad</b>	Aprender y reconocer la universalidad de la experiencia humana en sus diversas manifestaciones y estados de goce o vulneración de derechos.
<b>Transversalidad</b>	Desarrollar mecanismos que reflejen las diversas formas de entendimiento y relacionamiento entre las culturas.
<b>Institucionalidad</b>	Desarrollar una perspectiva de funcionamiento de la gestión pública con mayor apertura y respeto a las diferencias culturales
<b>Reconocimiento</b>	Promover los derechos y la vigencia de las múltiples identidades culturales.
<b>Igualdad</b>	Impulsar la vigencia de la igualdad política como base para la construcción de ciudadanía intercultural efectivamente democrática

Fuente: Ministerio de Cultura del Perú (2014)

## 1.2. Políticas Interculturales en América Latina

En esta sección se realizará una revisión breve de los principales estudios sobre las políticas interculturales en Latinoamérica, esperando comprender las

similitudes entre ellas, los principales avances y retos que estas aún representan.

*En la actualidad, los pueblos indígenas son actores indispensables en el campo político de Latinoamérica. (...) En los años noventa predominaron en América Latina problemas en torno al reconocimiento cultural y político de los pueblos indígenas en lo que se incluyen el idioma y la educación. Actualmente vemos especialmente en Bolivia y Ecuador procesos políticos que van más allá de la educación intercultural bilingüe del siglo pasado. (Ströbele-Gregor 2010: 2)*

Lamentablemente los demás países, entre ellos el Perú, aún no han desarrollado muchas políticas interculturales en sectores distintos a la educación. Uno de los textos más completos que hacen referencia al sector es el realizado por la Cooperación Alemana - GTZ (2005) "Construyendo Interculturalidad: Pueblos Indígenas, Educación y Políticas de Identidad en América Latina." El cual recoge diversos estudios que explican el concepto de interculturalidad y de las políticas relacionadas a esta desde perspectivas post coloniales y realizan a la vez una evaluación crítica de la aplicación de la política de educación intercultural. Para el caso peruano, Patricia de Oliart "El Estado Peruano y las Políticas sociales dirigidas a los Pueblos Indígenas en la década de los 90" (2002) realiza un primer acercamiento de las políticas interculturales aplicadas en nuestro país hasta los inicios de la década del 2000.

Respecto a estas políticas, una de las principales adoptada y desarrollada en Latinoamérica es la de educación bilingüe, en países como Bolivia

(Gutiérrez 2010), Ecuador y Colombia (Del Cairo y Rozo 2005), principalmente, y es sobre la cual existe mayor número de estudios especializados. Sonia Comboni en “Interculturalidad, educación y política en América Latina” analiza la importancia de la aplicación del enfoque intercultural en educación.

*La interculturalidad se analiza como una alternativa en la construcción de una comunicación educativa más fluida y simétrica que responde de manera más adecuada a la realidad profundamente heterogénea y desigual de nuestro continente, es decir, una educación enraizada en y a partir de la propia cultura, que promueva un diálogo crítico y creativo entre tradiciones culturales diferentes. (2002: 261)*

En el mismo texto concluye que las políticas de homogenización y asimilación cultural que han sido aplicadas en las escuelas de diversos países latinoamericanos no han rendido los resultados esperados. Uno de los problemas identificados es la existencia de poco personal capacitado para la enseñanza en lenguas originarias, además plantea la necesidad del trabajo conjunto con otros especialistas como los antropólogos para el apoyo en el proceso de aprendizaje, confirmando que la aplicación de la educación intercultural bilingüe en un gran reto que requiere diversas articulaciones (Comboni 2002).

Así mismo, existen otros estudios especializados en el tema como “Educación intercultural, políticas de identidad y ciudadanía” de Olaf Kaltmeier publicado en el 2010 y Educación Intercultural Bilingüe en América Latina – ¿Una contribución a la construcción de una sociedad democrática incluyente? de Juliana Ströbele-Gregor del mismo año. Dichos textos plantean diversas problemáticas en este ámbito en donde uno de los argumentos centrales es

que las reformas educativas estatales de la educación intercultural Bilingüe deben tolerar una crítica fundamental: se trata de reformas parciales que no están orientadas a la reconstrucción de la sociedad en dirección a una democracia que incluya a todos los sectores y culturas. (Kaltmeier 2010; Ströbele-Gregor 2010) Es decir carecerían de la aplicación del concepto que hemos definido como interculturalidad.

Para el caso peruano, la interculturalidad también ha sido estudiada a partir de los movimientos indígenas u organizaciones con el objetivo más que académico, de concientización sobre la relevancia de aplicación de este tipo de enfoque desde el estado. Es el caso de SERVINDI (Servicios en comunicación intercultural) en “Interculturalidad: Desafío y proceso en construcción” (2005) que resalta la poca capacidad desde el estado peruano para aplicar políticas de esta naturaleza así mismo se realiza énfasis en las recomendaciones realizadas por la Comisión de la Verdad y Reconciliación (CVR) en esta temática que aún no han sido cumplidas.

*Interculturalidad como política de Estado. En función de ello debe quedar establecida la oficialización de los idiomas indígenas y la obligatoriedad de su conocimiento por parte de los funcionarios públicos en las regiones correspondientes. Asimismo, debe promoverse el desarrollo de la educación bilingüe intercultural, con capacitación de maestros y diseño de currículos y materiales de enseñanza. Finalmente, debe promoverse la salud intercultural, lo que implica formación de personal adecuado, así como que ésta sea participativa y descentralizada, con prevención de enfermedades y ampliación de los servicios básicos a toda la población indígena. (CVR citado por SERVINDI 2005:99)*

Por otro lado, respecto estudios de políticas en materia de salud, desde un enfoque intercultural, existen diversos trabajos a nivel latinoamericano como el texto de Javier Mignone y otros *“Best practices in intercultural health: five case studies in Latin America”* (2007) en el cual resalta la importancia de la integración de la medicina tradicional al enfoque de la salud intercultural y describe como esta propuesta ha logrado aceptación a nivel internacional y está siendo aplicada a través de diversas políticas en los países latinoamericanos; sin embargo, no deja de lado el debate acerca de lo difícil de su aplicación, regulación y asimilación en los países de estudio. Así también, el texto de ELLA (*Evidence and Lesson from Latin America*) *“Intercultural Health Policies in Latin America”* muestra los avances a nivel regional y de cada país y al mismo tiempo discute el progreso en el diseño e implementación políticas de la salud intercultural con las comunidades indígenas.

La mayoría de estudios se enfocan en la discusión de la posibilidad de aplicación de un modelo que permita la coexistencia de dos sistemas de salud (el indígena y el occidental) la mayor preocupación es que no existe una fórmula que determine cuál debe de ser el rol del estado, de la población, del personal de salud, del sector privado, entre otros. Es por eso que los estudios recogen experiencias de diversos países que permitan visibilizar el avance que existe en esta área. Un claro ejemplo es el estudio elaborado por el *Centre for Aboriginal Health Research* (CAHR) de la Universidad de Manitoba, Canadá gracias al financiamiento del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y la Organización

Panamericana de la Salud (OPS) que recoge “Prácticas del modelo en salud intercultural en cinco países de las Américas” que evidencia los diversos retos que implica la implementación de esta política en los países de la región.

Otros estudios centrados, específicamente, en algunos países de Latinoamérica presentan y desarrollan de manera más específica dicha problemática. Como es el caso del texto de Mathez-Stiefel “*Can Andean medicine coexist with biomedical healthcare? A comparison of two rural communities in Peru and Bolivia*” (2012); Así también, “Salud e interculturalidad: Sugerencias para organizaciones de salud en contextos indígenas, a partir de una experiencia boliviana” de Gerardo Fernández (2005) realiza sugerencias y reflexiones a partir de una experiencia antropológica con la finalidad de un mejorar la relación entre médicos y pacientes indígenas con un enfoque intercultural.

Finalmente, en el estudio de Norma Correa presentado por el CIES (Consortio de Investigación Económica y Social) “Interculturalidad y políticas públicas: Una agenda al 2016” realiza un diagnóstico de la situación actual del sector, los retos que plantea, así como también los principales objetivos y metas a seguir, sostiene lo siguiente:

*(...) las políticas públicas no son solo un conjunto de disposiciones legales, administrativas y presupuestales, sino también un modo de relación entre el Estado y los ciudadanos. El enfoque intercultural contribuye a mejorar los términos de dicha relación al facilitar que los esquemas e instrumentos de políticas sean más sensibles a la*

*diversidad cultural y estén mejor adecuados a las necesidades diferenciadas de una ciudadanía plural en términos de raza, etnia, género, etc. (CIES 2011:13)*

Es claro que existen diversas acciones del Estado, especialmente en el sector educación, que son definidas como una política intercultural y que han sido analizadas desde un ámbito académico; sin embargo, esto aún no se traduce en la posibilidad de tener lineamientos para facilitar la implementación de una política bajo este enfoque, independientemente del tema, lo cual resulta sumamente urgente puesto que el Perú es considerado el tercer país con mayor población indígena de América Latina, solo superado por Bolivia y Guatemala (Cepal 2007). En ese sentido es pertinente pensar en la relación del Estado y estas comunidades y como esta se puede traducir en políticas concretas que guíen el accionar del Estado<sup>6</sup>.

Bajo esta premisa se requiere también pensar en cómo se desarrolla el proceso para diseñar dichas políticas y si existen estándares mínimos para evaluar si dichos diseños responden a los objetivos propuestos, incluso es necesario preguntar ¿cómo se definen dichos objetivos? Norma Correa plantea cuatro ventajas por las cuales es necesaria la aplicación de un enfoque intercultural en el diseño de políticas públicas, más allá del ámbito estrictamente cultural:

- *Permite avanzar hacia la igualdad en el acceso a oportunidades y derechos.*

---

<sup>6</sup> Norma Correa plantea incluso que esta relación entre Estado y ciudadanos es en sí misma una política pública (2011: 13).

- *Contribuye a mejorar la calidad, accesibilidad y pertinencia cultural de los servicios públicos esenciales para el desarrollo humano y para el logro de los Objetivos del Milenio. Enfocadas principalmente a la reducción de brechas de pobreza.*
- *Optimiza la política social, en especial los esquemas de protección social, mejorando la atención de los grupos históricamente excluidos e introduciendo nuevos temas en la agenda.*
- *Fortalece los sistemas de gestión de conflictos, reforzando la importancia estratégica del diálogo entre las partes involucradas.*  
(2011:14)

Sobre la base de la información presentada en esta sección se puede concluir que las políticas con enfoque intercultural responden principalmente a las necesidades de las comunidades, generadas por la diversidad de culturas. Sin embargo, esta respuesta tiene que estar enmarcada bajo actitudes que prioricen el reconocimiento, respeto y reciprocidad en el diálogo con estas comunidades. Características que no han sido recogidas del todo por las políticas implementadas en la región hasta este momento.

### **1.3. Diseñando una Política de Salud Intercultural (PSI)**

#### **1.3.1. Salud intercultural**

Para comprender el concepto de salud intercultural es necesario explicar qué es un sistema de salud. Para la OPS es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud. Sin embargo, una definición más compleja la señala el Dr. Fernando Cabieses quien define los sistemas de salud como el cuerpo de doctrina que rige en los problemas de salud y enfermedad en una cultura determinada, el cual debe contener conceptos sobre salud, enfermedad y

muerte, sus causas y tratamientos y la jerarquía de los terapeutas (Cabieses 1993:2). Esta definición plantea la posibilidad de que existan diferentes concepciones sobre la salud y los elementos asociados según la propia cultura.

Para esta investigación se asumirá la definición que considera una dimensión más amplia del concepto de salud. Un sistema en el cual exista una explicación sobre la salud y enfermedad, la existencia de recursos terapéuticos, marcos institucionales de reconocimiento de conocimientos, agentes y procedimientos y el desarrollo de sistema de cuidado particulares (Cárdenas y Seminario 2011: 23). Es necesario precisar que en un mismo espacio es posible la coexistencia de más de un tipo de sistema de salud.

Esta realidad describe el contexto de muchos países de América Latina, entre ellos el Perú, en el cual, como ya se ha mencionado, habitan diversos grupos indígenas. Estas comunidades poseen un tipo de sistema de salud que difiere del sistema occidental. Este último, centrado principalmente en lo biomédico, implica abordar la enfermedad a través de un proceso científico racional, se centra en la búsqueda de las causas patológicas de la enfermedad y el tratamiento este guiado por prácticas guiadas con el método científico.

Por otro lado, cada pueblo indígena posee prácticas únicas en lo referente a la salud, así como sus propios recursos comunitarios para la promoción de

la salud, la prevención de enfermedades o la cura de los males comunes (Land, OPS 2008) a esto se le denomina sistema de salud indígena<sup>7</sup>, el cual considera que el proceso de salud – enfermedad es parte de una misma dimensión. En la mayoría de lenguas indígenas suramericanas, es difícil encontrar una expresión que describa la “salud” en términos biomédicos, esta se encuentra relacionada con aspectos sociales, materiales e inmateriales que van más allá de la presencia o no de enfermedades. La Salud incluye: la ausencia de conflictos sociales, es decir, la paz interna (Kelly y Carrera 2007), implica la abundancia de recursos alimenticios y la ausencia de enfermedades.

Como señala la Declaración de Quito (2007) respecto a las concepciones de salud de los pueblos indígenas:

1. *La salud está intrínsecamente vinculada al entorno natural y al territorio, los cuales les permiten disponer de recursos alimenticios diversificados, continuar desarrollando sus conocimientos sobre las propiedades de los recursos naturales para su bienestar y tener la tranquilidad de disponer de un medio de vida íntegro para las presentes y futuras generaciones.*
2. *Las dolencias afectan al pueblo entero y no solamente al individuo.*
3. *La salud abarca un estado de equilibrio y armonía entre los individuos, el entorno social, natural, espiritual y simbólico, que se manifiesta en un estado de bienestar, y no solo en la simple ausencia de malestares o enfermedad. (Huertas 2010:27)*

Al respecto, Freire y Zent (2007) en un estudio sobre los Piaroa de Venezuela explican que la noción de salud es inseparable de otros aspectos sociales, simbólicos y medio ambientales: la salud es, por así decirlo, la

<sup>7</sup> Se utiliza como categoría general el sistema indígena con la finalidad de diferenciarlo del sistema occidental, lo cual no implica que el sistema de salud de todos los pueblos indígenas esté definido bajo las mismas características.

manifestación de una relación equilibrada entre todos los elementos que la conforman. Una persona sana es una persona que no solo está bien desde el punto de vista biofísico o que goza de fortaleza corporal, sino que además tiene un temperamento controlado y en armonía con su entorno físico, social y simbólico. La enfermedad en cambio es el resultado de un desequilibrio de estas fuerzas, producida bien por una agresión externa (tal como un chamán enemigo), por una trasgresión a las normas sociales (tal como la ingesta de alimentos indebidos o no purificados) o por contagio (como la gripe común y algunos parásitos), entre otros. Por lo tanto, en el sistema de salud indígena el nivel de equilibrio es importante: la salud es el estado en el que una persona muestra equilibrio entre salud y enfermedad y la enfermedad es la ausencia de dicho equilibrio (Velasco 2010:80).

Considerando la existencia de diferentes tipos de sistemas salud, resulta necesario prestar atención a la interacción que puede existir entre ellos, es así que surge el concepto de salud intercultural que implica necesariamente, valga la redundancia, un proceso intercultural, puesto que, solo la convivencia (en un mismo territorio) de los sistemas no implica *per se* la denominación de Salud Intercultural. Es necesario aclarar que la Salud Intercultural, como suele suceder con el concepto de interculturalidad, se relaciona comúnmente con las comunidades indígenas, aun cuando la mayor cantidad de acciones referentes a la interculturalidad si suelen estar relacionadas a estas comunidades el concepto no debe limitarse estrictamente a la relación con estos grupos.

*Hace aproximadamente un par de décadas, la salud de los pueblos indígenas no era un asunto público. Esta se encontraba en manos de misioneros, organizaciones sin fines de lucro, empresarios de industrias extractivas y las propias comunidades. Es decir, grupos con objetivos e intereses diferentes que podrían ir desde la búsqueda de la sobrevivencia hasta la garantía de mano de obra barata o gratuita, pasando por la caridad, el clientelismo político o los proyectos de carácter “civilizador”(...) La salud de los pueblos indígenas puede ser vista entonces como una noción construida en un proceso en el que intervienen diferentes agentes e intereses, que van desde la salud pública hasta la comercialización, y que responde en gran medida a los marcos de interpretación de la salud de las instituciones intervinientes, así como la visión que se tiene de los “pueblos indígenas” y su propio sistema de salud. (Portocarrero 2014:27)*

Es bajo este contexto que la Salud Intercultural surge como una estrategia eficaz para la promoción de servicios de salud, principalmente, a la población indígena según sus características y necesidades. Para esto se realizaron diversas acciones como la adecuación de los servicios de salud institucionales, establecimiento de mecanismos de diálogo, concertación e interacción, entre otros (Velasco 2010: 9). La interculturalidad en salud es un concepto en construcción, para los profesionales de la salud implica un cambio de paradigma del ejercicio médico: se puede entender como la recuperación de la tradición clásica de la medicina, centrada en la persona, que fue dejada de lado por el enfoque exclusivamente biomédico en el siglo XIX (Salaverry 2010:93).

### **1.3.2. Elementos para el diseño de la política de salud intercultural**

Considerando los conceptos presentados anteriormente es posible comprender la pregunta que Cárdenas y Seminario plantean:

*¿Qué pasa en sociedades donde las dolencias son vividas desde dimensiones “internas” (mentales, espirituales, o como se llamen en cada cultura)? Allí, el sistema médico moderno encuentra sus límites, pero además levanta sus propias barreras. De cierta manera la esencia misma del sistema médico hegemónico es la mayor barrera para el cumplimiento con el derecho a la salud. (2011:23).*

Existen diversas posibilidades de respuestas a esta problemática por parte del Estado. Una de ellas, sería propiciar la asimilación al sistema de estos grupos; la segunda, desvincularse de dicha realidad y la tercera, implementar un enfoque que asuma esta diferencia. Este proceso, sin duda, es complejo y requiere diversas condiciones para lograr aproximarse al objetivo que busca alcanzar este tipo de políticas. Es por eso que es relevante el análisis del proceso de formulación de la política, especialmente en la etapa de diseño que, como ya se mencionó, es en la cual se asume el enfoque de las acciones que desarrollará la política.

Si bien no es posible definir de manera cerrada las características de una política de salud intercultural. A la luz de la experiencia de los países de la región, es necesario reflexionar sobre algunos puntos como el caso de la creación de un ente rector que refleje la voluntad política y pueda articular las acciones realizadas garantizando la participación indígena y la implementación efectiva de las mismas.

En el caso de México, por ejemplo, existe una política nacional para los pueblos indígenas a nivel de Gobierno Federal, por mandato explícito de la constitución a partir del 2001. México ha llevado a cabo múltiples reformas legales para su adecuación a las normas internacionales y para la

institucionalización sistemática de las políticas indígenas en todos los niveles del Estado: no sólo del Poder Ejecutivo, también el aparato judicial y el parlamento fueron incluidos en la implementación de dichas políticas (Meentzen 2007: 72).

En segundo lugar, se requiere comprender el sistema de salud indígena. Para el proceso de diseño de la política es imprescindible tener claridad sobre los conceptos con los que se está trabajando (según lo presentado en líneas anteriores, este proceso es denominado la definición o estructuración del problema). Pese a que la salud puede parecer un concepto ya definido desde la óptica occidental. Una condición necesaria para la elaboración de una política intercultural en salud es conocer la definición de salud que manejan las comunidades para las cuales estará dirigida esta política. En muchos casos la concepción de la salud holística expresa relaciones dinámicas entre lo individual (físico, mental, espiritual y emocional) y lo colectivo (político, económico, cultural y social), y entre lo natural y lo social, como componentes inseparables, como ya se ha explicado. (Medicus Mundi 2013; ORAS 2010; AIDSESEP 1995; Velasco 2010; Campos 1999; Fernandez 2004).

Esta comprensión solo será posible si se generan los espacios necesarios para la participación de las comunidades indígenas en todo el proceso de elaboración de la política. Esta condición está amparada en la formulación del Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) sobre pueblos indígenas y tribales que fue adoptado en 1989. A la fecha ha tenido

22 ratificaciones, de las cuales 14 corresponden a países de América Latina. Este documento insta a los Estados a respetar los derechos de muchas comunidades indígenas promoviendo la convivencia democrática. Establece la responsabilidad de los Gobiernos de asumir y desarrollar una acción coordinada y sistemática con la finalidad de proteger los derechos de dichas comunidades (Artículo 3) y asegurar la existencia de instituciones y mecanismos apropiados para lograr dicho objetivo (Artículo 33). Otro documento que refuerza esta propuesta es la Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas dictada en el 2007.

En tercer lugar, el diseño considerará un marco de acción para la evaluación de las alternativas posibles. Si bien las políticas públicas dirigidas a los pueblos indígenas se han caracterizado por propiciar la asimilación y subordinación de estas culturas a la cultura oficial (Defensoría del pueblo 2015:101), algunas acciones del Estado también asumen un discurso comprometido con la interculturalidad. En este punto será necesario evaluar si las opciones que se presentan se han desarrollado realmente bajo un enfoque intercultural, en todo caso, solo se estaría utilizando el discurso étnico sin comprenderlo, incorporándolo como una estrategia de mercadeo del servicio que a largo plazo no genera ningún cambio o posibilidad de establecer realmente un diálogo enriquecedor. (Seminario y Cárdenas 2011: 24).

Las alternativas para abordar la problemática específica de la salud se han caracterizado por alternativas que pueden clasificarse según los conceptos de adecuación cultural y pertinencia cultural.

**Cuadro 4 Comparación entre adecuación y pertinencia cultural**

Adecuación cultural	Pertinencia Cultural
- Proceso predominantemente unidireccional desde la oferta	- Proceso democrático de interacción bidireccional.
- Busca la aceptación de una propuesta desde una cultura (hegemónica) hacia la otra.	- Construcción social participativa entre interactuantes.
- Puede buscar la imposición, o no llegar a ella.	- Busca el consenso mediante el diálogo entre culturas.
- Preponderante interés en la calidad técnica para el cumplimiento de metas.	- Interés en la calidad técnica y humana

Fuente: Informe Defensorial 169

La adecuación cultural intenta brindar una respuesta al problema, pero elabora la estrategia solo desde un punto de vista respondiendo, por lo general, a los elementos más visibles como puede ser la decoración, la traducción del material, los colores, etc. Pese a esto, se evidencia un primer paso que implica el reconocimiento de la existencia de un problema. Por otro lado, la pertinencia apela a una visión dialogada, implica la complementación entre conocimientos, sabidurías y prácticas de los diversos actores (Medicus Mundi 2013:44). Así, la pertinencia cultural asume la tolerancia y la supera, incorporando el respeto, que tiene en su base el reconocimiento, es propiamente interculturalidad en salud y su elemento clave es el diálogo (Cárdenas y Seminario 2011:25).

Otros elementos a considerar para el diseño, luego de la selección del enfoque, según la propuesta de la guía para la adecuación de los servicios de salud elaborada por el Ministerio de Salud de Ecuador son la Infraestructura, como el diseño de ambientes en los cuales se puedan aplicar estas estrategias. Estos son elementos relacionados a la definición de recursos y capacidades en el ciclo de políticas, implica la necesidad de asignar todos los recursos necesarios para que la alternativa elegida pueda traducirse a planes operativos (Barzelay 2003). Así, se permitirá una adecuada focalización de programas de Salud que se involucraran en el proceso y se realizaran acciones coordinadas para no duplicar esfuerzos u omitir dimensiones importantes en el diseño.

Los recursos humanos jugarán un rol muy importante puesto que será necesaria una clara disposición al cambio. En la etapa del diseño es importante que se identifique los puntos claves en los cuales el personal tendrá que capacitarse para que estén preparados para brindar este tipo de servicios (la participación de grupos indígenas es muy relevante para este proceso); y finalmente se debe de generar sistemas de información que permitan tomar decisiones consistentes.

En paralelo al cumplimiento de esos elementos, el diseño de una PSI necesita asegurar la consideración y generación de las siguientes actitudes y capacidades en los actores involucrados en el proceso<sup>8</sup>.

---

<sup>8</sup> El listado fue elaborado por la OPS, en el marco del trabajo para la elaboración de estrategias para asegurar la presencia del enfoque intercultural.

**Cuadro 5 Actitudes necesarias para la implementación del enfoque intercultural**

Elementos	Actitudes
Reconocimiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reconocer positivamente la diversidad a nivel personal. - Reconocer y respetar los derechos de los pueblos indígenas.</li> <li>- Respetar la riqueza de la identidad nacional de la que cada uno forma parte.</li> <li>- Cuidar los gestos y expresión corporal en la atención a lo que nos va a expresar verbal y gestualmente la población indígena.</li> <li>- No asumir actitudes discriminatorias y excluyentes por razón de pertenencia étnica, edad, sexo, cultura u otra característica atribuida a las personas.</li> <li>- Reconocer que cada cultura tiene saberes y conocimientos valiosos y que es importante no sólo conocerlos, sino respetarlos y aprender de ellos.</li> </ul>
Convivencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Compartir los conocimientos y saberes de los otros.</li> <li>- Saber escuchar y estar dispuesto a aprender.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No reproducir relaciones de poder al interior del establecimiento ni fuera de él. - Reconocer la riqueza de nuestra diversidad cultural.</li> <li>- Reconocer y valorar los diferentes modos de ver la vida y la salud, la enfermedad, sin pretender imponer la propia visión.</li> </ul>

Valoración	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Buscar los porqués de las actitudes, conductas y comportamientos de los demás. No para juzgar, sino para aprender de ellas.</li> <li>- Reflexionar sobre las propias percepciones de la vida, salud y enfermedad. - Entender que no existe cultura superior o inferior; existen culturas diferentes.</li> <li>- Reconocer los valores de la otra cultura desde su propia perspectiva. - Aceptar la vigencia de otras formas de salud, tanto en la comunidad como en las propias prácticas de salud.</li> <li>- Ser sensible a las necesidades del otro. Recordar que ellos están primero.</li> </ul>
Interacción	<ul style="list-style-type: none"> <li>- En el trabajo intercultural, la comunicación y dentro de ella la palabra y los gestos, son centrales en el reconocimiento.</li> <li>- ¡Pensar en conjunto! Pensar en equipo, en “ir juntos” uniendo capacidades para enfrentar los problemas de salud.             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Compartir, involucrarse, ser parte de.</li> </ul> </li> </ul> <p style="text-align: center;">Cuidar</p>

Fuente: Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas, OPS 2008.

## CAPITULO II

## El caso de la política de Salud Intercultural en el Perú

Lo peligroso es que el discurso oficial de la PSI puede estar muy bien construido en los niveles superiores; sin embargo, se va degradando poco a poco cuando se lleva a los niveles periféricos o más distales del servicio; en donde su praxis, responde más a una folklorización de la salud indígena, y la interculturalidad se pierde en la inmediatez del día a día y en la visión técnica y cuantitativa de los programas de salud quedando solo una especie de máscara. (Aliaga 2014: 137)

### 2.1. Visibilizando el tema indígena

En el marco de las políticas neoliberales del gobierno de Alberto Fujimori se aprobó una constitución que “reconoce y protege la pluralidad étnica y cultural de la nación” (Art 2), sin embargo, no se adoptaron acciones que evidenciaran dicho reconocimiento. Bajo este contexto, el rol de los actores internacionales, como las ONG y el Banco Mundial, ciertamente ayudaron a institucionalizar (aunque lentamente) una agenda de desarrollo multicultural (García 2008: 85). Muestra de ello fue la elaboración y aprobación del Convenio 169 de la OIT “más que cualquier otro documento internacional representa el viraje de una perspectiva asimilacionista a otra que respeta y valora las culturas indígenas” (Abya Yala New, citado en Van Cott 2000:263).

Específicamente, en el ámbito de la salud, el convenio 169, ratificado por el Perú en 1993<sup>9</sup>, señala en su artículo 25 que “los gobiernos deberán velar por

<sup>9</sup> Año en el que también se lleva a cabo el I Taller Hemisférico de Salud de los Pueblos Indígenas de Winnipeg, Canadá, en el cual la Organización Panamericana de la Salud adoptó la Resolución V por la que se instaba a los Estados a encontrar la forma de adaptar los servicios de salud a los valores y prácticas de los pueblos indígenas, mientras se «recupera y

que se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados o proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental”. Este contexto, sumado al trabajo de Naciones Unidas a través de la década de los Pueblos Indígenas del Mundo (1994 – 2004) y la institucionalización de programas especiales por parte del BID y el PNUD, marcaría una pauta en la cual los países con poblaciones indígenas replantearían su relación con estas comunidades que fueron marginadas históricamente.

Por otro lado, el proyecto 2000 realizado entre 1995 y el 2002 a cargo del MINSA con la asesoría de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) inició la adecuación cultural de los servicios de salud materno-perinatal con la finalidad de reducir las brechas interculturales entre los proveedores y los usuarios, esta línea de trabajo condujo, años después, a la aprobación de la Norma Técnica de la Adecuación del Parto Vertical. Sin embargo, estas acciones, no fueron suficientes frente a la enorme problemática que existía -y aún existe- en torno a estas comunidades.

*A principios de febrero del 2001, una delegación de representantes de los pueblos Ashaninka, Nomatsiguenga y Yanasha de la selva central, organizadas bajo ARPI – AIDSESEP de la región de la selva central, viajó a Lima para reclamar la atención del gobierno de transición sobre los múltiples problemas no resueltos durante décadas (...) Fueron gratamente sorprendidos por la atención recibida por el gobierno del Dr. Valentín Paniagua, quien personalmente les prometió formar una comisión especial multisectorial sobre comunidades nativas para dar*

---

difunde el conocimiento indígena sobre prevención y curación de enfermedades y promoción de la salud».

*solución a sus problemas (...) Con este gesto, abrió después de veintiséis años una ventana de oportunidad para examinar y resolver problemas de los pueblos indígenas amazónico. (Smith 2001: 84)*

La Comisión Especial Multisectorial para las comunidades nativas y la mesa de diálogo y cooperación instalada en el 2001, gracias a la gestión de Paniagua, tuvo como misión "estudiar la situación actual y los problemas de las Comunidades Nativas de la Amazonia, así como formular propuestas integrales para garantizar la plena vigencia de sus derechos constitucionales y promover su bienestar y desarrollo económico" (Art. 1). Para lograr tal propósito se conformó una "Mesa de Diálogo y Cooperación" con los representantes de las Comunidades Nativas definiéndose así un espacio formal para el diálogo con las comunidades.

La salud formó parte de uno de los 8 asuntos prioritarios<sup>10</sup> definidos por el Decreto Supremo 015-001-PCM, para el desarrollo de la mesa de diálogo, instalada el 28 de febrero 2001 (Smith 2001: p.84) bajo la dirección de la Secretaría de Asuntos Indígenas (SETAI) e INRENA del Ministerio de Agricultura junto a representantes de otros ministerios, Defensoría del Pueblo, AIEDESEP, CONAP y diversos expertos. Sin embargo, pese a que se generó este importante espacio no se lograron los resultados esperados a largo plazo.

---

<sup>10</sup> A. Derechos de propiedad de tierra y seguridad jurídica de las comunidades nativas de la Amazonía; B. Educación Intercultural Bilingüe; C. Sistema intercultural de salud y ampliación de salud pública entre las comunidades nativas; D. Condiciones de paz y seguridad para las comunidades nativas de la selva central; E. Participación de los pueblos indígenas en el manejo y en los beneficios de las áreas naturales protegidas; F. Acceso, uso y participación en beneficios por el aprovechamiento sostenible de los recursos naturales y prevención de daños ambientales y sociales negativos, G. Protección de pueblos indígenas en aislamiento voluntario; H. Protección de conocimientos colectivos de los pueblos indígenas.

*El problema fundamental fue que no existía ningún mecanismo que pudiera asegurar que este Plan de Acción tuviera un carácter vinculante, es decir, que fuera asumido a cabalidad por el futuro gobierno a partir del 28 de Julio del 2001. En la práctica, algunos aspectos del Plan lograron ser implementados por algunos organismos públicos, sobre todo durante los dos primeros años del nuevo gobierno. Sin embargo, el Plan nunca fue asumido como una política de Estado por el nuevo gobierno. (...) La ausencia de un organismo del Estado peruano encargado de implementar una política pública para los pueblos indígenas del país dejó al Plan de Acción sin ámbito social, ni organismo coordinador de su aplicación. (Meetzen 2010:16)*

Con la llegada al poder de Alejandro Toledo y el rol de Eliane Karp, quien había manifestado interés por las comunidades indígenas, se esperaba el desarrollo de una política de Estado que atiende las necesidades de dichas comunidades; sin embargo, esto no ocurrió. Si bien se intentó fortalecer la institucionalidad de un organismo que represente a las comunidades indígenas, no se tuvo mucho éxito. La SETAI en el 2001, con apoyo de AIDSESEP, impulsó la creación de la CINA (Comisión Indígena Nacional de la Amazonía) que posteriormente se convirtió en la CONAPA (Comisión nacional de pueblos Amazónicos)<sup>11</sup> la cual fue desactivada luego de diversas denuncias sobre el manejo de fondos de la comisión. Finalmente, mediante Ley N°28495, publicada el 6 de abril del 2005, se creó el Instituto Nacional de Desarrollo de Pueblos —————Andinos, Amazónicos y Afroperuano (INDEPA) como Organismo Público Descentralizado – OPD multisectorial, con rango ministerial, adscrito a la Presidencia del Consejo de Ministros.

<sup>11</sup> “La CONAPA enfrentó serios cuestionamientos debido a que el manejo en gran medida estaba a cargo de Eliane Karp, denominada incluso “La comisión Karp” lo que le restaba peso político puesto que la primera dama no se encuentra dentro de la jerarquía oficial del gobierno. Además, se cuestionaba su autonomía al nombrar a los nuevos miembros sin un proceso formal. No era posible saber dónde terminaba la ONG de Karp (Fundación Pacha) y dónde empezaba la CONAPA” (García 2008: 96; Meentzen 2007: 158)

En el ámbito internacional, el 7 de septiembre del año 2007 la Asamblea General de las Naciones Unidas con únicamente cuatro votos en contra de los estados de Australia, Canadá, Nueva Zelanda y Estados Unidos, aprobó la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas. Esta declaración constituyó un hito histórico en el reconocimiento y protección de los derechos de los pueblos indígenas. Sin embargo, esta iniciativa no se tradujo al Perú en donde el INDEPA, mediante la Ley N°29146 perdió el rango ministerial y fue adscrito al MIMDES. En el año 2010, luego de la creación del MINCUL, por DS N°01-2010-MC se fusionó el INDEPA a dicho ministerio.

Finalmente, en el 2009, luego del conflicto de Bagua, se estableció el Grupo Nacional de Coordinación para el Desarrollo de los Pueblos Amazónicos, que retomó la agenda de trabajo de la Comisión Multisectorial establecida en el 2001. Se plantearon mesas de trabajo sobre propiedad de tierras, contaminación ambiental, salud, educación y otros. Como se observará más adelante, la falta de definición de un organismo y un espacio claro para tratar la problemática de las comunidades indígenas generó desconfianza y dificultad para avanzar en el desarrollo de políticas específicas asociadas a estos pueblos como es el caso del sector salud.

## **2.2. Seleccionado entre dos modelos: la respuesta del Estado a las diferencias y la creación del CENSI.**

Históricamente la política de salud no ha considerado una estrategia continúa y sostenida hacia la población indígena que se encuentra sumamente alejada y dispersa (Defensoría del Pueblo 2015:109), antes del 2002 el único organismo que abordaba temas relacionados a comunidades era el Instituto de Medicina Tradicional (INMETRA) creado en 1990 a cargo del INS. Sus actividades estaban relacionadas, principalmente, a las plantas medicinales y a la “medicina alternativa y complementaria” como la acupuntura. Estaba organizada a través de diversas oficinas descentralizadas y contaba con su propio pliego presupuestal. Sin embargo, surgieron diversos problemas en torno a las actividades que realizaban. Oswaldo Salaverry lo explica de esta manera:

*Ya era difícil asimilar el uso de plantas medicinales como para tratar de comprender otro tipo de prácticas relacionadas a la imposición de manos, la acupuntura, magnetoterapia, por ejemplo (...) esto empezó a ser totalmente inaceptable. (Transcripción 13: Oswaldo Salaverry 2015)*

En este contexto, en el 2003, el Instituto cambio su denominación a Centro Nacional de Salud Intercultural (CENSI) dicho cambio fue aprobado a través de la tercera disposición complementaria de la Ley 27657 del Ministerio de Salud. Este organismo dejaba de ser un instituto para ser un centro, lo cual implicaba la reconfiguración de todo el equipo y el recorte de recursos humanos y presupuestales. El Centro empezó a realizar labores específicas enfocadas principalmente al trabajo con las plantas medicinales y se organizó en base a dos direcciones: medicina alternativa y medicina tradicional.

*Cuando se recortó el personal, y el INMETRA (ahora CENSI) empezó a formar parte del INS, aquellos que quedaron, tenían una clara inclinación hacia la medicina alternativa, no hacia las plantas medicinales ni a la salud de los pueblos indígenas. Hasta que yo intervengo, yo soy un académico y había regresado de hacer mi doctorado en Europa, me solicitan realizar un diagnóstico del centro (...) y luego me plantearon la posibilidad de dirigirlo. (Transcripción 13: Oswaldo Salaverry 2015)*

El Dr. Oswaldo Salaverry asumió la dirección del CENSI en el 2004 y replanteó sus funciones para priorizar el tema intercultural relacionado a las comunidades indígenas. La Dirección de Medicina Tradicional empezó a dedicarse exclusivamente a la investigación de plantas medicinales y síndromes culturales y el área de Medicina Alternativa, a normar y regular el ejercicio de este tipo de medicina considerando que debía de abstenerse de seguir promoviéndola. Así, aunque no fue posible cambiar la estructura formal del Centro, el nuevo director planteó que *el tema intercultural fuese el tema prioritario para generar las condiciones de la atención mínimas para las comunidades.*

Ese mismo año se realizó el segundo Análisis de la Situación de Pueblos Indígenas (ASIS) a cargo de la Dirección General de Epidemiología (DGE) que abordó, principalmente, la situación de los Nati del Alto Camisea, un pueblo indígena en situación de contacto inicial. El primer ASIS fue realizado en el 2002 al pueblo Shibipo Konibo<sup>12</sup>, gracias a un convenio firmado entre la DGE y AIDSESEP, en el marco de la estrategia Perú Vida 2010 del Ministerio de Salud. Estos documentos presentan un panorama muy claro y brindan información

<sup>12</sup> Durante un periodo de tres meses se realizaron Asambleas en el Alto, Medio y Bajo Ucayali, donde participaron 77 Comunidades (de un total de 120) con 166 representantes, dirigentes y autoridades del Pueblo Shipibo – Konibo.

sobre la realidad que atraviesan los pueblos, pues analizan desde diversas perspectivas la complejidad del problema salud – enfermedad (DGE 2003). Además, puso en marcha el desarrollo de una metodología para realizar estos procesos con la que la Oficina General de Epidemiología, en palabras de su director, “buscaba colaborar con la implantación de la interculturalidad, como política de Estado en el ámbito de la salud pública”.

Por otro lado, en el 2003 el MINSA dio un giro importante al presentar el documento técnico “La Salud Integral Compromiso de Todos: El Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS)”. Este documento se planteó como el "Marco conceptual de referencia para definir el conjunto de políticas, componentes, sistemas, procesos e instrumentos que, operando coherentemente, garantizarían la atención a la persona, la familia y la comunidad para satisfacer sus necesidades, percibidas o no" (MINSA 2003). Lo interesante de la propuesta radica en que se propuso incorporar el enfoque de desarrollo basado en derechos, considerando a las personas como el centro y no a la enfermedad. Se estableció tres tipos de intervenciones: Programas de Atención Integral, Lineamientos técnicos para generación de Comunidades y Entornos Saludables, y las Estrategias Sanitaria Nacionales (ESN).

Las ESN, fueron creadas bajo Resolución Ministerial 771 -2004/MINSA, se institucionalizaron once estrategias con el objetivo de permitir el abordaje, control, reducción, erradicación o prevención de los daños/riesgos priorizados. Estas se organizaron a través de un comité técnico y otro consultivo. Una de

las once estrategias presentadas fue la Estrategia Nacional Sanitaria para pueblos Indígenas, se designó como órgano responsable de la estrategia al CENSI cuyo director, Oswaldo Salaverry, se convirtió en el coordinador nacional de la estrategia y presidió el comité técnico permanente. La principal función de dicho comité era la elaboración del Plan de la ESN, así como la búsqueda de la integración de las actividades de las direcciones generales y los organismos públicos en relación a la salud de los pueblos indígenas.

Esta estrategia fue la única que no contó con presupuesto independiente sino que se encargó al CENSI articular su presupuesto con la ESN. El primer Plan operativo para cumplir con la ESN fue presentado el 2006 y reformulado en el 2008 para presentar el “Plan General de la estrategia sanitaria nacional Salud de los Pueblos Indígenas” para el 2010 – 2012. Sin embargo, este plan no fue implementado idóneamente y solo se lograron algunas actividades como la elaboración de las Normas Técnicas de contacto inicial y el documento sobre diálogo intercultural. Actualmente la ESN Salud de los Pueblos Indígenas ha pasado a formar parte de la Dirección de Salud Pública bajo la dirección de Omar Trujillo, ex director del área de Medicina Tradicional del CENSI.

### **2.3. Adecuando espacios de salud interculturalmente**

En el 2005, se llevó a cabo el primer seminario internacional de Salud Intercultural en la ciudad de Huamanga con la participación del Organismo Andino de Salud Convenio Hipólito Unanue (ORAS – CONHU). El mismo año,

en la XXVI Reunión de Ministros de Salud y Protección Social del área Andina (REMMSA), celebrada en Santiago de Chile, la Ministra de Salud de ese periodo Pilar Mazzetti Soler expresó su interés al indicar la necesidad de adoptar medidas para abordar el problema de las brechas de salud entre la población no indígena e indígena (Proyecto AMARES S/A). Como resultado de dicha reunión se acordó la conformación de la Comisión Andina de Salud Intercultural que funcionaría con el apoyo del ORAS – CONHU.

Los avances de la Comisión Andina de Salud se presentaron en el REMMSA de Bogotá al siguiente año, señalándose la preocupación de que la Salud Intercultural no se encontraba en la agenda de ningún país o no era operativizada aún. En dicha reunión se resaltaron los siguientes puntos:

- Existe dispersión normativa y escasa coherencia entre el discurso político, el marco legal y su respectiva aplicación y financiamiento.
- Poca participación y representatividad de las organizaciones indígenas en la definición y ejecución de políticas.
- Ausencia de información desagregada sobre la situación de salud de los pueblos indígenas
- Debilidad institucional para definir y ejecutar políticas de salud intercultural.
- Limitado e inadecuado financiamiento para abordar la problemática de salud intercultural.
- Escasa valoración institucional de los saberes y prácticas de los sistemas indígenas de salud

- Ausencia o débil presencia de la interculturalidad en salud en la currícula y planes de estudio en todos los niveles educativos.

Se resume el difícil panorama que enfrentaban los países respecto a la aplicación de una política de salud intercultural. Se decidió que los ministros adopten una resolución que los comprometía a tomar medidas para la adecuación intercultural. Sin embargo, no se han registrado las implicancias efectivas que este acuerdo pudo tener en el país, puesto que para el 2008 la percepción de los pueblos indígenas, sobre los servicios de salud, seguía siendo extremadamente negativa (Salud Sin Límites Perú 2008; Defensoría del Pueblo 2008)

La respuesta del MINSA a partir del 2005 fue la adecuación de espacios y programas. Este fue el caso de la Norma Técnica de atención de Parto Vertical con adecuación cultural (NT N°33 MINSA/DGSP) promovida por la Dirección General de Salud Pública en la cual se aceptaba la práctica y permitía el derecho -en muchas regiones amazónicas- de un parto en posición vertical, según sus costumbres milenarias. De esta manera se esperaba un aumento en los partos institucionales. En ese mismo año, la Dirección general de Promoción de Salud (DGPS) creó la Unidad Técnica Funcional de derechos humanos, género e interculturalidad. Cuya primera tarea fue la creación de la Norma Técnica de salud para la transversalización de enfoques de derechos humanos, equidad de género e interculturalidad. (NT N°638 – 2006/MINSA), la cual se ha enfocado principalmente a desarrollar los temas de género.

*En una reunión se preguntó qué era lo que primaba en esta oficina (en relación a la Unidad Técnica Funcional de derechos humanos) y la encargada de OPS respondió que era el tema de género [...] claramente no se puede esperar mucho de una oficina que replica el mismo nombre de la oficina en Washington. (Ex miembro del equipo técnico CENSI)*

Ambas direcciones (DGSP y DGPS) trabajaron durante el 2006 en la elaboración del modelo para la implementación de Casas de Espera Materna aprobada vía Resolución Ministerial N°674 – 2006/MINSA. Esta iniciativa buscaba mejorar la cifra de partos institucionales puesto que muchas de las gestantes no acudían a los centros de salud debido a la lejanía de los mismos, por lo cual las Casas de Espera eran espacios en dónde las madres podían hospedarse hasta el día de su parto.

Esta acción luego fue reforzada con la elaboración del Documento técnico “Adecuación Cultural de la consejería y orientación en salud sexual y reproductiva” a cargo de la DGSP aprobada en el 2008 por RM N°278 – 2008/MINSA que buscaba orientar al personal de salud para el trato con diversas comunidades, buscando reducir el embarazo adolescente y las enfermedades de transmisión sexual. Adicionalmente a estas Normas Técnica en el 2007 se elaboró una Guía Técnica de Atención de Salud a indígenas en contacto reciente y en contacto inicial en riesgo de alta morbilidad. (RM n°798 – 2007/MINSA).

Finalmente, para el 2012 se anunció la reforma del sector salud. En este marco se elaboró el documento denominado “Lineamientos y Medidas de Reforma del Sector Salud”. En el lineamiento 2 se indica que el fortalecimiento de la atención primaria de salud “se realizará a partir de un enfoque de interculturalidad, un componente de adecuación cultural que reconozca respete y valore las concepciones de la población sobre la salud y enfermedad, y que por tanto requería de personal de salud con competencias, valores y habilidades para relacionarse con el otro, aceptando esas diferencias” (MINSA 2013). Sin embargo, como verifica la Defensoría del Pueblo a través de su informe 169, la reforma de salud no ha considerado una política integral para la atención de la salud de los pueblos indígenas y no ha diseñado los dispositivos necesarios para que esto suceda.

#### **2.4. Consultando la aprobación de la Política de Salud Intercultural**

Para el año 2008, las políticas asumidas por el gobierno de García no daban señales de que el tema indígena sea prioritario, todo lo contrario, se implementaban medidas contradictorias a cualquier tipo de diálogo con dichas comunidades, como lo fue el paquete de Decretos Legislativos, elaborados en el marco del TLC, que vulneraban el derecho al territorio de las comunidades. Ante esta situación, la Asociación Interétnica de la Selva Peruana (AIDSESP) inició el 9 de agosto del 2008 un paro amazónico con la participación de 65 grupos étnicos amazónicos y llegó a contar con un amplio apoyo de la

población mestiza amazónica y de la opinión pública a nivel nacional, en general, algo inusual en el Perú (Meentzen 2010:29).

Fueron once demandas las que se presentaron por parte de las comunidades indígenas (SERVINDI 2009) la principal era la derogación de los decretos legislativos N°994, N°1020, N°1064, N°1081 y N°1090 por atentar contra los territorios indígenas, adicionalmente se presentaron otras demandas como es el caso de la "Creación de Ministerio de Educación Intercultural Bilingüe y el Viceministerio de Salud Intercultural". Estas medidas graficaban las demandas acumuladas durante muchos años por la falta de políticas públicas específicas para los pueblos indígenas del país. Sobre todo, se solicitaba volver a contar con una instancia formal de diálogo y consulta con los pueblos indígenas, así como con las entidades encargadas específicamente de aplicar políticas públicas para los pueblos indígenas (Meentzen 2010:30).

En el 2009, los sucesos ocurridos en Bagua<sup>13</sup> dieron paso a una ventana de oportunidad importante para atender los asuntos relacionados a las poblaciones indígenas. Como bien lo señala la comisión multipartidaria creada en el Congreso de la República, encargada de estudiar y recomendar la solución a la problemática de los pueblos indígenas conformada en el 2010:

---

<sup>13</sup> Las comunidades indígenas de San Martín, Amazonas, Loreto, consideraron que las reformas implementadas por el ejecutivo para la implementación del TLC atentaban contra sus derechos de territorialidad por lo cual bloquearon la carretera Fernando Belaunde Terry, exigiendo la derogatoria de dichos Decretos Legislativos y extendiendo sus acciones por cerca de dos meses hasta el paro del 05 de junio, fecha en que se produjo el encuentro armado con los policías, quienes intentaban desalojarlos de la carretera en el distrito de Bagua. Como consecuencia de este encuentro fallecieron 24 policías y 10 pobladores indígenas, además de las 205 personas que resultaron heridas (Lastra 2010).

*No es sino hasta ahora –después de los sucesos de Bagua- que el gobierno actual, a través del Grupo Nacional de Coordinación para el Desarrollo de los Pueblos Amazónicos, dentro del marco de las mesas de diálogo del Ejecutivo con los Pueblos Indígenas, ha considerado actualizar el mencionado Plan de Acción para los asuntos prioritarios de las Comunidades Nativas. Dicho proceso de actualización culminó en diciembre de 2009 con una serie de acciones propuestas para mejorar las condiciones de vida de las Comunidades Nativas (Comisión Multipartidaria 2010:6).*

En este contexto, dicha comisión elaboró el Informe sobre Políticas Públicas para los Pueblos Indígenas, el cual este articulado al Plan de Acciones para los asuntos prioritarios de las Comunidades Nativas. Priorizando cuatro áreas temáticas: 1) Institucionalidad y Representación; 2) Territorio y Desarrollo; 3) Educación Intercultural Bilingüe y; 4) Salud Intercultural. Señalando para el último punto, lo siguiente:

*Sin embargo, actualmente, los recursos humanos para la salud indígena vienen disminuyendo notoriamente y el personal de salud no indígena no recibe una formación profesional con enfoque intercultural y tiende más bien a subvalorar las prácticas sanitarias y la medicina tradicional de los Pueblos Indígenas. El Ministerio de Salud requiere generar una política intercultural de salud con participación de las organizaciones y comunidades indígenas a todo nivel, con fortalecimiento de su institucionalidad en un Subsistema Intercultural de Salud, de carácter transversal a los sistemas de salud regional y al sectorial nacional. (Comisión Multipartidaria 2010:146)*

De esta manera, se establecieron seis objetivos: A) Formar, de manera sistemática, recursos humanos en tecnologías de salud intercultural. B) Promover la descentralización efectiva del Sistema de Salud Pública y de los recursos comunales de salud pública. C) Diseñar una Política Nacional de Salud

Indígena Intercultural con participación de las organizaciones indígenas. D) Soberanía, seguridad y autosuficiencia alimentaria de los pueblos indígenas. E) Priorizar la ampliación de servicios de salud pública intercultural para mujeres, niñas y niños en comunidades de la Amazonía. F) Prevenir y atender las enfermedades emergentes y reemergentes en zonas rurales de la Amazonía.

Este fue el primer pronunciamiento claro a nivel del ejecutivo en coordinación con los pueblos indígenas sobre propuestas de lineamientos de políticas en salud las cuales instaban a la construcción y definición de la Política Nacional de Salud Intercultural; la priorización de la política en concordancia con los Objetivos del Milenio y el C169; el fortalecimiento del CENSI y la articulación del sistema de salud con todos los sistemas del Estado.

El año siguiente se realizó la primera reunión multisectorial para la elaboración de la PSI dirigida por el CENSI, en paralelo en el 2011 se aprobó la Ley 29785 que aprobaba el derecho a la consulta previa a los pueblos indígenas u originarios por lo que la Política de Salud Intercultural se adaptó a esta nueva normativa y el CENSI propuso su aprobación a través de dicho proceso (siendo la primera política pública discutida en proceso de consulta previa). La política está compuesta por cuatro políticas:

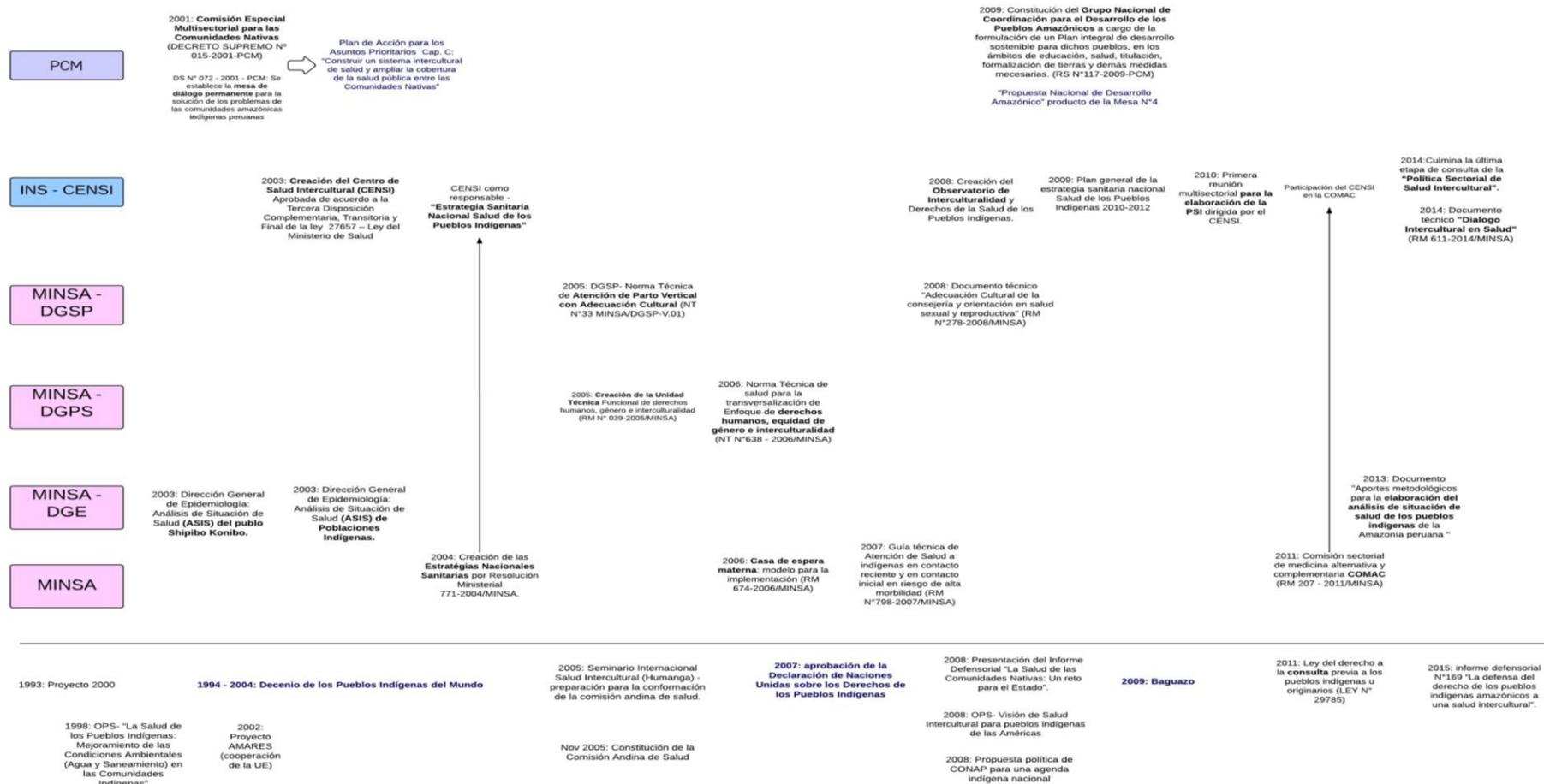
- Primera política: Derecho a la salud, inclusión social y equidad en los servicios de salud.

- Segunda política: Medicina Tradicional y su articulación con la Medicina convencional.
- Tercera política: Recursos Humanos en salud intercultural.
- Cuarta política: Identidad cultural y participación de los pueblos.

La etapa de información se realizó entre noviembre del 2013 y abril de 2014 consistió en la realización de cuatro talleres macro regionales y contó con la participación de un total de 531 personas. Posteriormente, el proceso entro a una etapa de evaluación interna en la cual cada organización entregó sus propuestas de política para luego ser discutidos en la etapa de diálogo (Defensoría del Pueblo 2015).

Adicionalmente, en el 2013 la Dirección General de Epidemiología presento el documento “Aportes metodológicos para la elaboración del análisis de situación de salud de los pueblos indígenas de la Amazonía peruana”, una herramienta analítica para dar cuenta de las particularidades culturales con las que se percibe la salud y la enfermedad, sus condicionantes específicos y la respuesta sociocultural que recibe la problemática. A través de esta guía específica de consulta a los pueblos indígenas amazónicos se busca conocer la situación de salud tal como es percibida por sus propios miembros. Tiene como objetivo “facilitar el trabajo de consulta de las Diresas y las redes de salud locales y que sirva para iniciar una nueva política de salud intercultural” (DGE 2013). Lamentablemente según lo que señala el CENSI, este documento fue desarrollado sin coordinación con ellos y sin un proceso de participación real de las comunidades indígenas.

Como se ha observado la Política de Salud presenta tres características principales: no se ha definido una visión conjunta del sector (es decir, pese a que existen evidencias de lineamientos que instan a la adopción del enfoque intercultural, no existe un dispositivo aspiracional claro); el ente rector es débil en la dirección de los procesos relacionados a esta política y carece de recursos financieros y recursos humanos calificados. Existen algunas actividades dirigidas por el CENSI, pero todas las demás actividades se han diseñado independientemente por la DGSP, la DGPS y la DGE, como se puede observar en el gráfico 1. Finalmente, en base a lo descrito anteriormente se puede evidenciar, la poca articulación entre las direcciones, no existen procesos realizados en conjunto en el sector y mucho menos iniciativas intersectoriales o evidencia de coordinación intergubernamental, todo ello en un contexto, ya señalado, en el cual no existe una política general nacional para pueblos indígenas y se evidencia la débil capacidad de generar espacios de participación para los mismos.



**Gráfico 1 Línea de tiempo de la Política de Salud Intercultural en el Perú 2002 - 2014**

Fuente: elaboración propia



## CAPÍTULO III

### **Análisis de los factores que influyeron en el diseño de la Política de Salud Intercultural**

*¿Una palabra en Aymara que significa salud? No sé, nunca me he puesto a pensar. Me parece que puede ser “Suma Jakaña” (“Buena Vida”) porque si tenemos (...) si estamos sanos, sin enfermedades (...) entonces es una buena vida podemos trabajar, podemos hacer producir, podemos tener a nuestra familia, es decir, podemos tener hijos o hijas. También podemos ser autoridades de la comunidad. Porque nuestro cuerpo trabaja bien nada nos hace mal, es decir comemos de todo lo que nos alimenta, adquirimos fuerza (...) nuestros hijos crecen”*  
(Emo Cuaquira, Pelechuco, frontera Perú – Bolivia, 1990, citado por Velasco 2010: 78)

#### **3.1. Analizando el diseño de la política de salud intercultural en el Perú**

La narración presentada en el capítulo anterior permite visibilizar la existencia de una política de Salud Intercultural, según la definición que se ha presentado en la sección inicial. Es una política que además ha incorporado, aunque de manera deficiente, elementos del enfoque intercultural. En este sentido, para identificar de manera más concisa los elementos que han influido en su formulación será necesario realizar un análisis de la etapa de diseño de la política.

### 3.1.1. El proceso de diseño de la política y los actores involucrados

*Los procesos sí importan. El proceso por el cual se discuten, aprueban y aplican las políticas (el proceso de formulación de políticas) tiene repercusiones importantes sobre la calidad de éstas, incluida la capacidad de los países de crear un entorno estable de políticas, modificar las políticas cuando hace falta, aplicar y hacer cumplir políticas de manera eficaz, y asegurar que las políticas persigan el interés general. (Stein y Tomassi 2006)*

La etapa de formulación de política o diseño de política es muy relevante, como lo señalan Stein y Tomassi, esta etapa puede definir el rumbo que asumirá la política y la calidad de la misma. Como se explicó en el capítulo uno, comprende de manera general tres momentos: la definición de la visión, la selección de alternativas, y la asignación de recursos y definición de planes operativos. Estos momentos, como ocurre en todo el ciclo de políticas, no suceden de manera lineal, sino que suceden de forma paralela e incremental involucrando diversos actores en el proceso. Es como lo señalan los autores un proceso dinámico.

*El proceso de formulación de políticas es un juego dinámico entre actores que interactúan en lo que podrían llamarse escenarios. Los principales participantes en el proceso político cubren una amplia gama, desde protagonistas con papeles y funciones asignados constitucionalmente hasta actores de reparto cuya participación es menos definida y más fluida, aunque no dejan de ser muy influyentes. (Stein y Tomassi 2006:400)*

Entonces, el rol que los actores cumplen en el proceso es fundamental para moldear y dar forma a la política. Algunos tienen la responsabilidad directa de la formulación de política, como es el caso del CENSI para el caso de la política de salud intercultural; y otros participan del proceso de manera

importante, aunque no tengan un rol formal. En el análisis de actores también es necesario considerar la relación entre ellos. Sobre ello Medellín (2004) señala lo siguiente:

*La estructuración de las políticas debe ser comprendida como el producto de un intenso proceso político a través del cual emergen y toman forma los proyectos e intereses de agentes (individuos), agencias (instituciones) y discursos (síntesis de la interacción entre agentes y agencias) en pugna por imponer un determinado proyecto de dirección política y de dirección ideológica sobre la sociedad y el estado que son gobernados. (pp. 28).*

En el desarrollo de los tres momentos de la formulación de políticas, es que ocurren las interacciones complejas que Medellín señala. Es decir, el proceso de formulación de política se produce en un contexto definido por la interacción de diversos actores, en momentos diferentes y con intereses distintos. Este contexto influirá en la capacidad para definir una visión clara sobre la política, el adecuado y eficiente proceso de selección de alternativas de la política y la decisión sobre la definición de planes y asignación de recursos.

Para el caso de la política analizada, los actores principales en este proceso son el Ministerio de Salud (MINSA), a través de la alta dirección, el CENSI y otras tres direcciones generales: DGSP, DGPS y DGE. Por otro lado, el Gobierno Nacional también cumple un rol específico en el proceso, a través de las comisiones que se han convocado desde la PCM, las cuales han definido las prioridades en cada sector, y de la regulación sobre la interacción

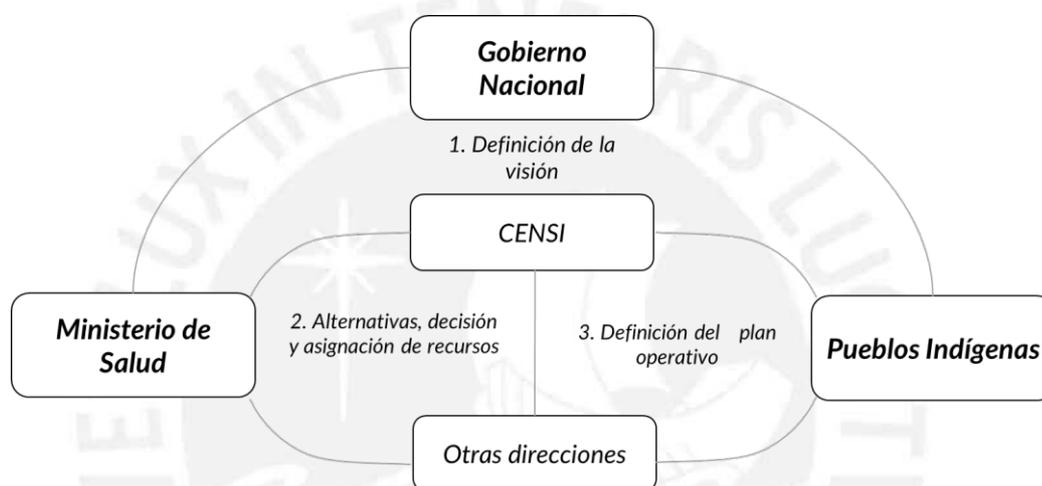
con las comunidades indígenas como es el caso de la Ley de Consulta Previa. Finalmente, el otro actor del proceso es la población indígena, como se ha explicado en el primer capítulo, la participación indígena, en todo el proceso de formulación de política, es necesaria e imprescindible.

Estos actores cumplieron roles específicos en cada etapa de la formulación de políticas. Como se observa en el gráfico 2 el Gobierno Nacional, los pueblos indígenas y el MINSA, participan en la definición de la visión de la política sectorial, la cual claramente se ve influenciada por la relación que el Gobierno Central posee con los pueblos indígenas. Como se explicó en el capítulo 2, la instauración de “La Comisión Especial Multisectorial para las comunidades nativas” convocada por la PCM, estableció a nivel del Estado, la importancia de abordar la problemática indígena, en esta comisión se incluyó el tema de la salud intercultural.

Este proceso se inició por iniciativa de las comunidades indígenas y su participación fue vital para la definición de prioridades de política a nivel nacional. Lamentablemente estas políticas no han tenido un seguimiento concreto que permita viabilizarlas, sin embargo, permitió la aprobación del DS 15-2001-PCM que señalaba los asuntos prioritarios que la Comisión de Pueblos Indígenas debía de abordar. Entre ellos “Construir un sistema intercultural de salud y ampliar la cobertura de salud pública entre las Comunidades Nativas” lo cual ha servido como respaldo de las actividades en

esta línea, ejemplo de ello es la creación de la Estrategia Nacional Salud de Pueblos Indígenas.

**Gráfico 2 Actores involucrados en el proceso de formulación de la política de Salud Intercultural.**



Fuente: elaboración propia

Respecto a la definición de la visión en el sector el análisis de los principales dispositivos aspiracionales, que comprenden la política de salud en la última década se evidencia una carencia del abordaje del tema intercultural, como se observa en el cuadro 6. En la mayoría de dispositivos, la interculturalidad es considerada un principio o un enfoque que debe ser transversal; sin embargo, a medida que se desarrollan los lineamientos y objetivos, ya no existe mención al tema intercultural ni algún otro relacionado a este. Lo más preocupante es que, excepto en los dos documentos relativos al

MAIS, ninguno señala las diferentes cosmovisiones o mencionada la realidad cultural como un elemento al que la política de salud debe de prestar atención.



**Cuadro 6 Incorporación del enfoque intercultural en los principales dispositivos aspiracionales del sector**

Año de Diagnóstico Lineamientos de Objetivos generales y publicación Situacional Visión, misión y principios política específicos						
Metas						
<b>Políticas de Obligatorio Cumplimiento</b>	2007	-	-	Establece 12 políticas nacionales de obligatorio cumplimiento entre ellas la número 4 hace referencia a los pueblos andinos, amazónicos, afroperuanos y asiaticoperuanos.	Los objetivos están relacionados principalmente a las acciones de articulación y coordinación por parte de los ministerios.	-
<b>Plan Nacional Concertado de Salud</b>	2007	Pese a que el diagnóstico presentado buscaba hacer un balance general sobre la situación del país en su totalidad llama la atención que no exista referencia al estado de la salud de las comunidades indígenas. Incluso se menciona una sección sobre determinantes de salud en dónde la cultura no ha sido incluida.	“En el año 2020 los habitantes del Perú gozarán de salud plena, física, mental y social, como consecuencia de una óptima respuesta del Estado, basada en los principios de universalidad, equidad, solidaridad, de un enfoque de derecho a la salud e <b>interculturalidad</b> , y de una activa participación ciudadana”  En los enfoques si se ha considerado el elemento de la interculturalidad.	De los once lineamientos presentados solo el lineamiento cinco “Mejoramiento progresivo del acceso a los servicios de salud de calidad” hace referencia al criterio de interculturalidad y la vulnerabilidad de la población por su origen étnico.	El documento presenta dos tipos de objetivos: sanitarios y del sistema de salud. El primero referido a las enfermedades y el segundo al financiamiento, rrhh, participación ciudadana, etc. Ninguno de ellos relacionados a la interculturalidad	Algunas de las estrategias hacen mención a la necesidad del trabajo enfocado en poblaciones dispersas y vulnerables; sin embargo no realizan mención a la interculturalidad como herramienta que pueda dar soporte a su trabajo
<b>Acuerdo de Partidos Políticos en Salud</b>	2005	-	Relacionados a los Objetivos de Desarrollo del Milenio	-	Se establecieron ocho compromisos priorizando salud infantil y salud materna con énfasis en las zonas vulnerables. Sin embargo, no se realiza	-

					ninguna referencia al enfoque de interculturalidad.	
<b>Plan Estratégico Institucional 2008 – 2011</b>	2008	Se realiza una breve mención al elemento cultural como barrera de acceso a medicamentos.	Se hace referencia a la visión del Ministerio de Salud, establecida en la Ley del Ministerio de Salud, la cual sostiene la importancia de que la política nacional de salud “recoja e integre los aportes de la medicina tradicional y de las diversas manifestaciones culturales de la población”	Sin referencia al elemento intercultural	No hay referencia al elemento intercultural. En el objetivo seis “Mejorar la calidad del servicio de salud” se señala la necesidad de evitar la discriminación en base a la condición económica de los usuarios	-
<b>Plan Estratégico Institucional 2012 – 2016</b>	2012	No se realiza ninguna mención a la situación de salud de los pueblos indígenas o al elemento cultural como una variable relevante.	Visión compartida establecida en el Plan Nacional Concertado de Salud. Respecto a los principios rectores se menciona la universalidad, solidaridad, inclusión social, equidad, entre otros, pero no se considera la interculturalidad. Es en la sección de Enfoques que se considera la Interculturalidad con el objetivo de “Adecuar las condiciones contempladas en el derecho a la salud a las expectativas de los usuarios, considerando el respeto a las creencias locales e incorporando sus costumbres a la atención y prevención de la salud”	Ninguno de los 11 lineamientos hace referencia a un elemento relacionado al enfoque intercultural.	De los objetivos y prioridades presentadas solo existe una mención a la necesidad de “Fortalecer la estrategia de atención itinerante de la población dispersa” pero no se desarrolla ni se explica la vinculación que tiene con las comunidades indígenas y con el enfoque intercultural.	Ninguno de los seis objetivos del Plan están relacionados al enfoque intercultural directamente, sin embargo se podría deducir que los objetivos que hacen mención a población vulnerable o de extrema pobreza podrían requerir un enfoque intercultural por las zonas en donde se encuentran estas poblaciones; sin embargo, ninguna de las estrategias para lograr el objetivo considera la interculturalidad como herramienta.

Fuente: elaboración propia

Este contexto explicaría porque las diversas actividades que componen la política son tan poco coherentes entre sí. Se trata de una política que identifica el enfoque intercultural como algo necesario pero que tiene dificultades para evidenciar la presencia de dicho enfoque en las acciones más concretas de política. Adicionalmente, no se plantea ningún tipo de meta que permita un monitoreo o una evaluación más permanente sobre el tema.

Por otro lado, respecto al segundo y tercer punto del proceso de diseño: la definición de alternativas, la asignación de recursos y la definición del plan operativo ha sido principalmente responsabilidad del MINSA y sus dependencias, sin participación concreta de las comunidades pese a que ellas debían de estar presentes en todo el proceso como se ha explicado en el capítulo 1.

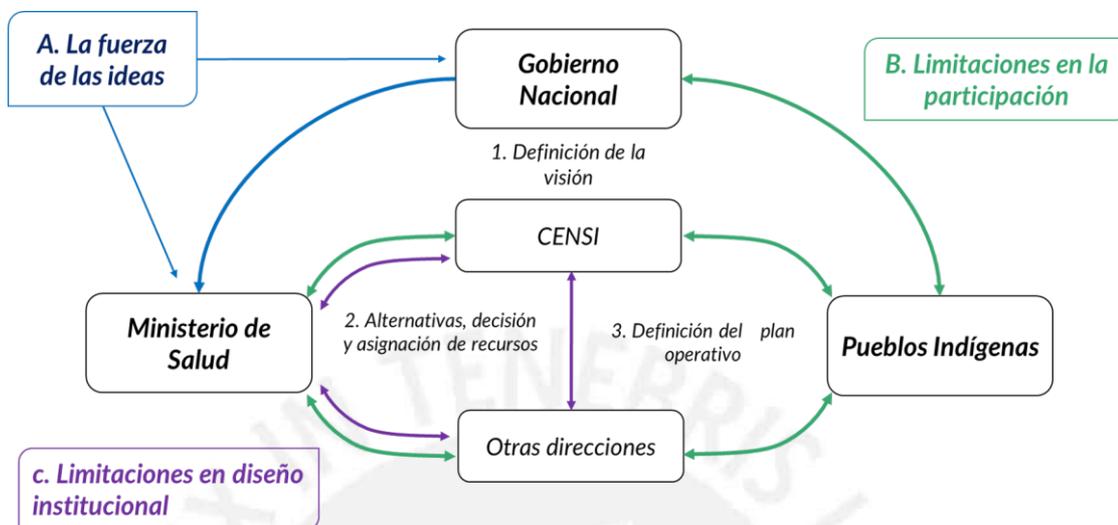
Los documentos que sustentan este proceso son los planes de trabajo de la Estrategia Sanitaria Nacional Salud de Pueblos Indígenas. Desde su creación en el 2004 se han elaborado dos Planes generales, en el 2006 y en el 2010. Los cuales han mostrado, el análisis situacional, las principales líneas de trabajo y las metas según los objetivos. Si bien a nivel de diagnóstico podrían ser documentos interesantes, la principal deficiencia que presentan es la generalidad de las afirmaciones en Matriz Operativa: se presentan los resultados deseables, pero no se establecen niveles de responsabilidad, periodo de tiempo para el cumplimiento o un conjunto de requisitos o tareas mínimas para lograrlo.

Es decir, los planes no presentan una ruta que permitiría la efectiva consecución de los objetivos propuestos. Es posible preguntarse qué factores influyeron en que la política se desarrolle de esta manera en específico ¿qué ocurrió para que el proceso de diseño no cumpla con los elementos necesarios? Si bien ningún proceso de elaboración de política es perfecto, los elementos que influyen en su desarrollo son diferentes en cada situación y caso específico. En este caso se han identificado tres factores específicos relacionados al proceso descrito que permiten comprender de manera más cercana e integral lo ocurrido en el país.

### **3.1.2. Visión sistémica del diseño de la política de Salud Intercultural en el caso peruano**

De manera General se puede hablar de tres niveles de análisis en el proceso de diseño como se puede observar en el gráfico 3. El primero implica el nivel decisonal, es decir, la definición de enfoques, selección de alternativas, priorización de opciones, entre otros. El actor principal es el decisor de políticas (en este caso el MINSA y el CENSI) es quien definirá qué alternativa asumirá la institución y cuál será la visión que se priorizará, según lo que evalúe como conveniente. En este nivel, lo que denominaremos como “la fuerza de las ideas” cumple un rol fundamental puesto que definirá el lugar que ocupa la cultura, lo que se entiende por interculturalidad y cómo se puede aterrizar el concepto en acciones específicas en el sector salud.

**Gráfico 3 Visión sistémica del diseño de la Política de Salud Intercultural**



Fuente: elaboración propia

El siguiente nivel de análisis está relacionado con el contexto en el cual estas decisiones son tomadas. Existe un marco referencial que delimitará, en la mayoría de casos, el rumbo que puede tomar la política. Entendemos por contexto el espacio institucional en el que se pueden cumplir las funciones del diseño de la política. Es decir, pese a que a nivel normativo se le otorgue rol de coordinador y rector a una entidad, como fue el caso del CENSI, esta función no podrá llevarse a cabo si no tiene el nivel jerárquico necesario y los recursos requeridos. Incluso, es pertinente preguntarse si la interculturalidad en salud debería abordarse de esta manera, bajo el mismo marco de gestión que el resto de políticas. Según la información recogida en las entrevistas a los gestores públicos<sup>14</sup>, la implementación de esta política, por su carácter particular, enfrenta dificultades para reportar "resultados" bajo los mismos estándares que el sistema estatal solicita. La escasez de recursos para hacer

<sup>14</sup> Revisar anexo 1

efectivas sus tareas y el diseño institucional que no permite un nivel de coordinación real ha influido de manera sustancial en la selección de alternativas y en la definición del plan operativo.

Finalmente, un tercer nivel de análisis, muy relevante para esta política, es el nivel de participación que debe existir de manera transversal al ciclo de la política, desde la etapa de la definición de la visión hasta la evaluación. Es responsabilidad de las entidades del Estado generar los espacios necesarios para propiciar el diálogo y construcción conjunta de la política como lo sostiene el Convenio 169. La limitación en la participación impide que la política se construya con alternativas reales y que respondan al problema público que puedan ser aplicadas en las comunidades afectadas.

### **3.2. Factores relacionados al diseño de la Política de Salud Intercultural**

#### **3.2.1. La fuerza de las ideas: modelo de atención en salud y reformas neoliberales**

A inicios de los años 70, surgieron diversas reformas en el sector salud a nivel mundial. El modelo biomédico y las formas verticales de abordar la enfermedad empezaron a ser cuestionados (Cueto 2006:34). En 1975, la OMS y UNICEF presentaron un informe denominado “Distintos medios de atender las necesidades fundamentales de salud en los países en desarrollo”<sup>15</sup>. Como

---

<sup>15</sup> V. Djukanovic y E.P. Mach *Alternative Approaches to Meeting Basic Health Needs of Populations in Developing Countries*.

lo explica Cueto (2006), este informe subrayó la influencia de la “pobreza, miseria e ignorancia” como causas de las enfermedades, criticando el supuesto de que el modelo médico occidental basado en médicos y hospitales iba a solucionar los problemas de salud.

Así, se puso en debate la importancia de enfoques alternativos en los servicios de salud y la OMS apoyó la creación de los “Programas Nacionales de Atención Primaria en Salud (APS)” que fueron el eje de la Asamblea Mundial de la OMS de 1976. En esa misma línea el objetivo “Salud para todos para el año 2000” fue reforzado dos años después en la “Declaración de Alma - Ata” de la Conferencia Internacional sobre la Atención Primaria en Salud en Alma – Ata<sup>16</sup>.

La declaración contó con 24 recomendaciones. El modelo aprobado en Alma Ata se basó en principios de solidaridad y universalidad en el acceso a los servicios de salud. Se criticó el “elitismo” médico, que orientaba campañas de arriba hacia abajo, se sugirió el trabajo en conjunto con curanderos y parteras, así como la promoción de los servicios de atención primaria y de prevención, acompañado del elemento de participación en salud (lo que más tarde sería conocido como democratización en salud) presentando el trabajo en salud como parte fundamental de la mejora de condiciones sociales y económicas y no como una intervención aislada (Homedes y Ugalde 2005;

---

<sup>16</sup> Alma – Ata era la capital de Kazajstán en la URSS. Es posible destacar la participación de David Tejada de Rivero que en ese entonces era sub director de la OMS y posteriormente sería Ministro de Salud en la gestión de Alan García.

Cueto 2006; Bermejo 2002). Posteriormente se aprobó el documento *Progress toward "Health for All by Year 2000"* con recomendaciones a los gobiernos para generar compromiso a favor de la APS. Así se instala en el plano internacional una nueva corriente de la salud.

En el Perú se constituyó la Comisión Nacional de Atención Primaria en 1981, la APS se interpretó como una estrategia nueva, que requería el acceso de todos a un cuidado permanente de la salud: una reducción de las diferencias entre los distintos grupos de la población en cuanto a la asignación de recursos para enfrentar los problemas de salud y en cuanto a las formas de atención que estas recibieron (Bermejo 2002: 62). Sin embargo, no se lograron consolidar los esfuerzos hasta 1985 cuando David Tejada de Rivero, asumió el cargo de ministro, con la experiencia que tenía en OMS y la organización de Alma – Ata, reafirmó el énfasis en la APS. Se aprobó en ese año la ley orgánica del sector salud y se establecieron las Unidades Territoriales de Salud (UTES), reorganizando todo el sistema. No obstante, los esfuerzos en el marco de la APS fueron opacados por la crisis económica y política que enfrentó el gobierno de García (Ewig 2012:73).

De manera paralela, a nivel internacional, la respuesta a la APS fue la Atención Primaria Selectiva en Salud (APSS), la cual proponía un paquete de intervenciones técnicas de bajo costo que servirían para combatir problemas específicos de enfermedades plasmadas en cuatro intervenciones: monitoreo del crecimiento, técnicas de rehidratación oral, promoción de la lactancia

materna e inmunizaciones (GOBI por sus siglas en inglés). Este nuevo enfoque fue apoyado por UNICEF, generándose un amplio debate sobre ambos enfoques. Por un lado, se criticaba que la APSS no se dirigía a las causas sociales de la enfermedad y era el regreso a los programas verticales y por otro se criticaba a la APS por ser idealista y no tener claro en financiamiento para sus propuestas (Cueto 2006: 48). Así, la mayoría de agencias internacionales se interesaron en programas técnicos de corto plazo con presupuestos claros antes que programas de salud de una duración de varios años (Rifkin, Muller y Bichmann 1988, citados por Cueto 2006:54)<sup>17</sup>

La implementación de la APS sufría críticas internacionales y evidenciaba la falta de compromiso político real. Esta situación se agravó por la crisis económica que los países tuvieron que enfrentar en los 80 y 90, la cual generó la reducción de gasto en varios países. Así tanto la orientación biomédica de la atención sanitaria como la crisis económica que empezó poco tiempo después limitó la iniciativa de la APS (Homedes y Ugalde 2005:210). Se dio un nuevo viraje en el financiamiento a los programas de salud, los programas de ajuste estructural del Fondo Monetario Internacional (FMI), que implicaba el recorte de gastos en sectores sociales, y el Consenso de Washington consolidaron la expansión de una política económica liberal, incidiendo en la mercantilización de la salud como producto (Medicus Mundi 2013:20; Homedes y Ugalde 2005).

---

<sup>17</sup> Sobre el debate de la APS y APSS revisar: Cueto y Zamora. "Orígenes de la Atención Primaria de Salud y la Atención Primaria de Selectiva de Salud" en *Historia, Salud y Globalización* (2006).

El Perú no fue la excepción a este proceso y empezó a concentrar las acciones de salud en opciones de focalización, privatización y descentralización orientadas al mercado (Ewig 2012:97). Si bien la primera ola de neoliberalismo no prestó atención a políticas sociales, excepto por la reducción del financiamiento por parte del Estado, a partir de los 90, la incorporación del concepto del “capital humano” justificó la incursión de las políticas neoliberales en la reducción de la pobreza y las políticas de salud. Este concepto implica que “los seres humanos son un medio para alcanzar mayores niveles de rendimiento o crecimiento” (Aslanbeigui y Summerfield 2001:7).

En 1993, con la publicación del informe “Sobre desarrollo mundial: invertir en salud” el Banco Mundial se perfiló como un actor principal en la política de salud a través de los préstamos que empezaron a elevarse. Esta situación fue acompañada por el accionar del BID que también empezó a invertir en reforma de salud con el objetivo de “promover la eficiencia, la equidad y la calidad, especialmente a través de la reorganización de la gestión” (Ewig 2012:102). Así, la agenda que se marcó tuvo como centro la privatización de los servicios, la descentralización, la separación de las funciones de financiación y provisión, y la universalización del acceso a un paquete de servicios mínimos<sup>18</sup> que cada país debía definir de acuerdo con sus recursos y estudios de eficiencia en función de los costos.

---

<sup>18</sup> El paquete de servicios mínimos o básicos en el Perú estuvo definido por salud infantil, planificación familiar, salud de las mujeres y salud de las gestantes principalmente.

Adicionalmente, se empezó a implementar diversos proyectos con apoyo externo como es el caso de “Proyecto 2000”, financiado por USAID, que trabajó la atención materno infantil con el objetivo de mejorar la calidad de los servicios; el “Proyecto de Salud y Nutrición Básica” financiado por el Banco Mundial y el “Programa de Fortalecimiento de los Servicios Básicos de Salud” para promover la reforma en el sector fueron financiados por el BID y la Cooperación Económica Ultramar. Estos fueron los programas que sentaron las bases del modelo de Salud peruano de inicios del 2000.

En respuesta, Naciones Unidas priorizó los derechos humanos a través del paradigma del desarrollo humano (Ewig 2012:98). Este paradigma se apoyó en el resurgimiento de las críticas al modelo neoliberal. Como resultado de la nueva corriente de derechos se plantea un resurgimiento de la APS. En el Perú, en el 2002, el nuevo ministro Fernando Carbone, que había formado parte de la ONG *Medicus Mundi* de España (organización que apoyo desde sus inicios la APS en Alma Ata) presentaba un nuevo enfoque para abordar la salud pública:

*Lo que ha habido en el país es un sistema hegemónico, de carácter biologicista y excesivamente hospitalario, y una medicación bárbara y ha fragmentado al ser humano y no lo ha mirado de manera holística. Este sistema ha fracasado. La medicina fuera de lo occidental tiene otra forma de mirar. Ninguna de las dos es perfecta, cada una tiene su propio código y sistema (Transcripción 5: Fernando Carbone).*

Se retomó este enfoque y se elaboró el Modelo de Atención Integral Basado (MAIS), modelo elaborado como respuesta a la mercantilización de la salud. Además, criticaba las consecuencias de la aplicación del criterio biomédico predominante en un contexto pluricultural que representaba una traba para la aplicación de la pertinencia intercultural y restringía el derecho a la salud de grupos específicos (Medicus Mundi 2013). Sin embargo, a la salida del ministro, el modelo no se continuó, se priorizaron las estrategias Sanitarias en Salud, que, pese a que tenían su origen en el MAIS, sus lineamientos principales se distorsionaron y se retornó al modelo vertical. En la Estrategia de Salud Para los Pueblos Indígenas el modelo original proponía la interculturalidad como un enfoque y su implementación de manera transversal y coordinada con otros sectores; sin embargo, las acciones que empezaron a desarrollarse no evidenciaron la intención inicial, sino que terminó por instalarse la visión que entiende la salud de manera fragmentada como lo señala Fernando Carbone.

*Las estrategias fragmentan la idea de lo intercultural (...) Estos no fueron los pasos que quisieron dar en el 2003, luego se desnaturalizó por razones políticas (...) pensar que vas a solucionar las enfermedades de manera vertical es un error, estas estrategias complican terriblemente el primer nivel no solo a nivel de información (más de 90 formatos de información) sino también a nivel de presupuestos con una falsa premisa que su presupuesto es solo para lo que haces ... no puedes atender a las personas de manera fragmentada (Transcripción 5: Fernando carbone)*

La Organización Panamericana de la Salud, por su parte, retomó el modelo presentando en el 2005 “La Atención Primaria en Salud Renovada” brindándole importancia a los determinantes de salud y al mismo tiempo

promoviendo un esquema eficiente. En este modelo los enfoques de interculturalidad, género y derechos humanos se presentan como necesarios para lograr la eficiencia de las intervenciones en salud. En base a esta nueva propuesta se elabora el documento presentado en el 2011, a través de la RM 464-2011/MINSA “Modelo de Atención Integral Basado en Familia y Comunidad” (MAIS – BFC), modelo que considera la importancia de los determinantes de salud y establece como enfoques el género, la interculturalidad, los derechos humanos y la territorialidad.

El proceso descrito es vital para el análisis de la política de Salud Intercultural desarrollada a partir del 2002. La influencia sobre el proceso de diseño de la política se visibiliza de dos maneras: la primera está relacionada a la relevancia del tema intercultural y la segunda, a la manera en la cual el Estado evalúa o determina la eficacia de una política. En ambos casos la decisión se ve influenciada por el rol de las ideas.

Como lo señala Fischer y Forester (1992:2) refiriéndose al trabajo de Majone y el de Deborah Stone, las ideas toman un rol central en el análisis del proceso de las políticas “la política pública se construye a través del lenguaje” es una lucha constante para definir y clasificar problemas; las definiciones de ideas guían las formas en que los actores generan significados que motivan su actuación. Esta es una “reivindicación del papel que juega lo que las personas piensan, creen y saben, y cómo lo expresan, frente a la mera consideración de

lo que hacen siguiendo su propio interés económico y/o de poder” (Martínón 2005:106).

En la política estudiada, la manera en la que las diversas acciones de la política plantean abordar la interculturalidad no es muy clara, para los decisores de política, en su mayoría médicos, no es claro que la interculturalidad sea un eje que se deba de abordar desde el sector. Por lo tanto, si el sector (que se influencia por la política nacional) no tiene claro el enfoque o el tipo de política orientada a la población indígena, los gestores públicos se verán obligados a asumir la postura con la que más se sientan familiarizados. Este análisis los puede llevar a inclinarse a alguno de los modelos que se han presentado líneas arriba, abordando la interculturalidad según la formación que recibieron y según como perciben y entienden la salud, la enfermedad y la cosmovisión de las comunidades indígenas.

Se genera y se acepta, de esta manera, la tensa coexistencia y rivalidad entre aquellos que abogaban por programas verticales orientados hacia la enfermedad y aquellos que lo hacen por los programas orientados a la comunidad (Cueto 2006:56) aun cuando se decida a nivel discursivo optar por uno de ellos. Adicionalmente a esta situación de inestabilidad, los gestores públicos también se ven presionados con la responsabilidad de traducir las acciones realizadas en un marco intercultural al sistema de evaluación que persiste en el Estado.

Este sistema está compuesto por ideas sobre la eficiencia, los resultados inmediatos y la priorización de temas en base a metas específicas, por lo general relacionadas a los indicadores de las agencias de cooperación y fondos internacionales que primaron en la época de la crisis en los años 90. Estas ideas se han instaurado en el accionar diario del Gobierno, si bien hoy en día existen nuevos paradigmas sobre la administración pública, como la Gobernanza<sup>19</sup> que admite un Estado pluralista y una sociedad basada en ciudadanos, con interacciones de tipo colaboración Estado – Ciudadano y considerando para la evaluación de políticas todo el proceso de formulación de la misma (ONU 2005, 7); aún la mayoría de las políticas son evaluadas bajo el mismo modelo de la administración pública de décadas atrás en el cual prima la obediencia a las reglas, la eficiencia y consecución de resultados en donde los ciudadanos son asumidos como clientes (Osborne 2006:383).

Esta situación se puede trasladar al caso estudiado pues se ha generado un contexto complejo para el decisor de políticas que se enfrenta a la etapa de diseño con dificultad para abordar un tema -con el cual no está familiarizado- como es la interculturalidad y la necesidad de traducirla a metas medibles a través de indicadores numéricos que pueden evidenciar “el avance”. Así, el proceso de definición de la visión y selección del enfoque se realizará con muchas dificultades.

---

<sup>19</sup> Revisar García Seminario (2007) “La nueva gestión pública: evolución y tendencia” y Sum Kim (2007) “Desafíos a la capacidad del pública en la era de una administración pública en evolución y reforma del gobierno”

Como ya se ha explicado, la interculturalidad en sí misma es un concepto muy difícil de aterrizar y lo será mucho más cuando, por ejemplo, el sistema bajo el cual se desea implementar es un sistema que prioriza la ejecución presupuestal como evidencia de la consecución de metas. Se busca traducir la interculturalidad a acciones que brinden resultados a corto plazo que suelen brindar mayor rédito político, lo cual genera que las acciones se alejen de las propuestas iniciales de este enfoque.

En el caso de la ESN Salud de los pueblos indígenas, como ya se explicó, no contó con presupuesto directo y se designó la responsabilidad de su implementación al CENSI quienes desarrollaron planes anuales, los cuales fueron prácticamente imposibles de cumplir, pues implicaban estrategias de desplazamiento, coordinación con Pueblos Indígenas, validación, entre otros que requerían claridad en las estrategias. Tampoco se logró establecer la importancia del tema al interior del sector por lo que no se logró el apoyo y respuesta de las diversas áreas del Ministerio. Los resultados fueron escasos, lo cual generó problemas para la continuación del trabajo.

*Necesitábamos hacer visible nuestro trabajo, si no logramos hacernos visibles no se sobrevive. (Transcripción 10: Omar Trujillo)*

*Para el 2011, estuvieron a punto de eliminar la estrategia de pueblos indígenas. Los demás coordinadores de estrategias sustentaban sus estrategias técnicas, política y económicamente, en nuestro caso no estaba tan claro. (Transcripción 1: Ex miembro del equipo técnico del CENSI)*

Esta situación también es resaltada por la misma institución en el diagnóstico que se elabora en el “Plan General de la Estrategia Sanitaria Nacional Salud de los Pueblos Indígenas 2009-2012” del avance de la ESN hasta el 2008. Una de las dificultades que se señala es la siguiente:

*Siendo la interculturalidad un proceso de construcción social, una de las grandes dificultades en su implementación es la exigencia, por parte de las instancias decisoras, de tangibles o externalizaciones exóticas para su valoración como una política relevante del sector. (CENSI 2008:19)*

La incapacidad de demostrar la importancia de su labor a través de resultados en el mismo lenguaje que las demás estrategias para obtener mayor presupuesto, por ejemplo, y la poca comprensión del tema en el sector, generó que aun cuando el Estado asume este enfoque a nivel discursivo, no se produzcan las condiciones necesarias para implementar acciones que realmente generen algún tipo de impacto a largo plazo.

A manera de resumen, el gráfico 4 explica la influencia de lo que se ha denominado “ideas orientadoras” en los actores del proceso de diseño de la política. A nivel del Gobierno Nacional, los rezagos del modelo neoliberal han influenciado el desarrollo de prácticas que priorizan un sistema de gestión basado en la eficiencia económica, en el cual la interculturalidad ocupa un lugar complejo, puesto que requiere una aplicación a largo plazo que implicaría un costo económico y político que puede ser considerado poco rentable.

**Gráfico 4 Influencia de las “ideas orientadoras” en el proceso de diseño de la Política de Salud Intercultural**



### 3.2.2. Limitaciones del diseño institucional (estructura y recursos)

En el 2002 la Ley 27657 del Ministerio de Salud reorganizó su estructura institucional. Una de las instituciones afectada fue el INMETRA, como ya se ha explicado, este instituto se convirtió en el CENSI el cual dependía directamente del Instituto Nacional de Salud (INS). Esta modificación influyó en la manera en la cual se abordó el tema intercultural en el sector. Debido a que su responsabilidad era elaborar políticas y lineamientos en relación con la salud

intercultural la capacidad de ejercer rectoría de esta institución definiría el nivel de coordinación y resultados en la implementación de la política.

Sin embargo, la nueva estructura del Ministerio le otorgó un espacio poco privilegiado dentro de la organización (ver anexo 2): el nuevo centro formaba parte de un instituto prácticamente aislado del desarrollo de las otras políticas del sector ya que era un espacio de investigación científica. El CENSI tenía poca probabilidad de desarrollar espacios efectivos de coordinación, puesto que su jerarquía era claramente menor que las demás direcciones.

*Se incorporaba [en CENSI] al INS, que era un instituto laboratorista, de investigación, un centro cuya principal actividad estaba ligada a lo antropológico y a diagnósticos que no eran del mismo tipo que el resto de direcciones es una especie de “choque cultural” entre estas dos instituciones. (Transcripción 13: Oswaldo Salaverry)*

Este contexto contribuyó a la escasa coordinación que se generó para desarrollar los diversos planes y definir las políticas. El CENSI no tenía la capacidad de generar espacios reales para la discusión de políticas. Pesé a que para la Estrategia Sanitaria Nacional Salud de Pueblos Indígenas se nombró a Oswaldo Salaverry como el coordinador y este tenía la responsabilidad de generar espacios de coordinación para definir las políticas, los jefes de las diversas direcciones generales no mostraron interés en los espacios convocados y el CENSI no tenía la jerarquía necesaria para ejercer presión a nivel institucional.

*A todas las reuniones a las que convocaba solo asistían representantes de las direcciones, no asistían los directores, lo cual evidenciaba el poco*

*interés [...] con personas que no son los jefes directos es imposible llegar a tomar una decisión, por lo que poco a poco el CENSI tuvo que asumir exclusivamente la dirección de las actividades que deseábamos llevar a cabo. (Transcripción 13: Oswaldo Salaverry)*

De esta manera la coordinación al interior del sector se fue perdiendo, existían duplicidad de acciones como la elaboración de políticas entre la Dirección de Promoción de la Salud, Salud de las Personas y el CENSI, lo cual afectó directamente el diseño de la política. Estas direcciones han desarrollado diversas políticas en favor de los diversos pueblos indígenas, sin embargo, el rol del CENSI no se evidencia en el proceso de elaboración de ninguna de estas.

Como lo señala Repetto (2012) la falta de coordinación se evidencia cuando existen unidades administrativas que cumplen la misma función, pero están ubicadas en distintos sectores, por ejemplo, el CENSI y la Unidad de Transversalización de Género, Interculturalidad y Derechos Humanos, y cuando se duplican esfuerzos dentro de un mismo sector y a diferentes niveles de provisión de servicios: las normas técnicas de contacto inicial elaboradas por el CENSI y los Análisis Situacionales en Salud elaborados por la DGE, son un ejemplo de este caso. Otro ejemplo de la falta de coordinación es la elaboración de la Norma Técnica para la atención del parto vertical:

*Figuran cerca de 90 funcionarios (de la ESN de Salud Sexual y Reproductiva, del Instituto Materno-Perinatal, de direcciones generales y regionales del Ministerio, de la seguridad social, de asociaciones profesionales de Obstetricia y Ginecología y de UNICEF), pero no hay ningún representante de otras dependencias del Ministerio que trabajan en el ámbito de la salud intercultural. No figuran especialistas del Centro*

*Nacional de Salud Intercultural/ESN de Salud de los Pueblos Indígenas ni del Grupo Temático de Salud de los Pueblos Indígenas (DGE). Tampoco funcionarios de la OPS/OMS, de ONG, ni representantes de las organizaciones indígenas. (Nureña 2009:374)*

Esta dificultad ya se había observado en el “Plan Nacional de Salud Para Pueblos Indígenas Amazónicos” elaborado en el 2004<sup>20</sup>, que indicaba como uno de sus objetivos:

*“Evitar que la salud indígena amazónica, se reduzca a una sección del MINSA transitoria y marginal e inestable por su dependencia de cooperación externa, y sobre todo aislada o colateral a las estructuras centrales del sistema de salud pública. Sino al contrario, de incorporar la interculturalidad a los mecanismos principales del sistema público”*

Sin embargo, este objetivo no fue cumplido puesto que se le otorgó la responsabilidad al CENSI de dirigir la política, pero no se le brindó los recursos necesarios para lograrlo. El diagnóstico que elabora el “Plan General de la Estrategia Sanitaria Nacional Salud de los Pueblos Indígenas 2009-2012” del avance de la ESN hasta el 2008, señala claramente como una de las dificultades, el traslape de funciones.

*Existe a nivel del MINSA un traslape de funciones entre la Estrategia Sanitaria de Salud de Pueblos Indígenas a cargo del CENSI y las actividades de la Unidad Funcional de Interculturalidad, género y derechos en salud de la Dirección General de Promoción de la Salud. Esto crea confusión a nivel de la Regiones. (CENSI 2008:19)*

Adicionalmente, pese a que la Salud Intercultural requiere una visión integral de las acciones, el diseño de la política no contempló ningún tipo de articulación con otros sectores. Distanto de lo que implicaría realmente la

<sup>20</sup> Este plan fue elaborado por encargo de la Comisión Nacional de Salud Indígena Amazónica en el año mediante la RM N° 192-2004/MINSA.

aplicación de una política bajo ese enfoque, como se explicó en la parte inicial de este trabajo. El CENSI no elaboró un plan concreto de los objetivos que se planteaban alcanzar. Los dos planes que elaboró para el cumplimiento de la Estrategia contenían principalmente diagnósticos de la situación mas no detallaban las acciones que iban a asumir. Se le dedica solos dos páginas a la matriz operativa del plan, se plantean objetivos, pero no se establecen tareas ni plazos para lograrlos. Este instrumento más que un elemento operativo se transforma en un dispositivo aspiracional.

Este plan resalta la importancia de la aplicación de la pertinencia intercultural y el rol que debe cumplir el proceso de diálogo en el diseño. Este contexto está relacionado al proceso de instauración, por lo menos a nivel aspiracional, del Modelo de la Atención Integral Salud, basada en la atención primaria renovada, el cual señalaba la importancia de abordar la salud desde los determinantes de salud, sin embargo, en la práctica no existían los espacios necesarios para que se realizaran este tipo de coordinaciones.

Al contexto complejo que se ha descrito, se puede sumar la falta de recursos de diversos tipos (humanos, financieros, técnicos, etc.) que sufría dicho centro. El INMETRA fue reducido: perdió sus instalaciones, las cuales se ubicaban incluso en provincia, y el Recurso Humano, el cual se vio reducido a unas cuantas personas: personal administrativo, un médico, un antropólogo y una enfermera. Inicialmente, asumieron labores relacionadas a la investigación hasta la creación de las Estrategias Sanitarias Nacionales en el 2004 que

implicaron la designación de funciones adicionales relacionadas a la gestión de políticas. Esta situación generó complicaciones al reducido personal y evidenció la poca capacidad que se tenía para gestionar y abordar este tipo de temas a nivel de gestión, ya que la orientación del CENTRO desde su creación fue la investigación de plantas medicinales y el estudio “medicina alternativa” los resultados en los años siguientes serían prácticamente nulos.

*El equipo técnico no tenía capacidad de crecer, son muy pocas personas (...) prometías trabajo con la población, no se cumplía, el director cortaba iniciativas (...) el CENSI se ha planificado anualmente. En salud indígena no puedes tener un horizonte de un año de trabajo. (Ex miembro del equipo técnico del CENSI)*

La estrategia no lograba cumplir con su objetivo, luego de algunos años se logró elaborar el plan de la ESN, sin embargo, en la práctica era muy complejo que el CENSI realizara las acciones que requería la estrategia. Mientras que en el caso de las otras estrategias la labor de los organismos que participaban era adicional a sus responsabilidades, en el caso del CENSI estas se veían traslapadas y generaban un gasto adicional al que el CENSI no tenía programado.

*No hay un equipo de la estrategia, las cosas se han traslapado, todas las estrategias tienen un equipo, este no es el caso. Las estrategias no tenían fondo. Las actividades del CENSI se presentaron como actividades de la estrategia, se optó por lo más fácil, no se cumplió con la estrategia. (Ex miembro del equipo técnico del CENSI)*

La mayoría de entrevistados<sup>21</sup> han señalado que uno de los elementos relacionados a la falta de resultados en el CENSI es la escasez de recursos que presentaban, tanto financieros como del personal técnico adecuado para planificar las intervenciones y acciones. El Plan General de la Estrategia Sanitaria Nacional Salud de los Pueblos Indígenas 2010-2012, señala claramente en la sección de “financiamiento” que las actividades se desarrollarían con presupuesto de cada región, siendo responsabilidad directa de las Direcciones Regionales de Salud su incorporación. Bajo este contexto es muy complicado pensar en la real viabilidad del plan de trabajo. Adicionalmente la débil rectoría del CENSI es señalada como un punto de mejora en el informe defensorial 169. La falta de rectoría es resultado de una organización que no tiene el espacio institucional para desarrollar sus labores y tampoco cuenta con los recursos necesarios para hacerlo.

En el 2015, el Ministerio evidenciando la falta de resultados la ESN de pueblos indígenas, designó como nuevo responsable de la estrategia a Omar Trujillo (ex director de la Dirección de Medicina Tradicional del CENSI) y la trasladó a la Dirección General de Salud Pública (DGSP) otorgándole un presupuesto propio.

*La estrategia se cambia al ministerio porque un centro tan pequeño dentro de un instituto no podía ser responsable de una estrategia que implicaba decisiones más trascendentales es por eso que se realiza el*

---

<sup>21</sup> A la pregunta ¿Qué factores cree que influenciaron en la baja obtención de resultados por parte del CENSI? La mayoría de entrevistados (incluyendo el director del CENSI) indicaron que la falta de recursos fue uno de los principales factores. Para revisar la lista de entrevistados revisar el anexo 1.

*cambio al MINISTERIO, de ha dado mayor atención a este tema y se ha visto la necesidad de que cuente con presupuesto propio y dentro de las facilidades logística ha sido complicado, desde el punto de vista presupuestal, hay conllevado prácticamente dos años poder desarrollar el proceso de consulta. (Transcripción 10: Omar Trujillo)*

*En años anteriores ambos componentes se han compartido, no se delimitaba claramente cuál era el CENSI y cuál era la estrategia, ahora ya está delimitada, aún falta delimitar completamente puesto que estamos en un proceso de reforma en la cual se afinan las conclusiones. (Transcripción 10: Omar Trujillo)*

Sin embargo, esta acción se puede analizar como otra evidencia de la poca planificación que tiene el Ministerio para abordar el tema intercultural y traducirlo en una organización coherente con las acciones que asume realizar.

*Dentro con todo lo malo que es el CENSI, si el CENSI es un tuerto, Promoción de Salud es un ciego. Además, entre ellos colisionan y no han tenido ningún rol en lo que es interculturalidad. OPS fueron quienes establecieron esta agenda. (Ex miembro del equipo técnico del CENSI)*

Según los funcionarios entrevistados, esta situación influye claramente en el liderazgo y rectoría del CENSI. Este fue uno de los principales problemas identificados que existen en el sector. Adicionalmente, también se resaltó la poca participación de las demás direcciones. Es claro que no existían muchos incentivos para abordar el tema indígena y el MINSA como institución no realizó las acciones necesarias para generar el espacio necesario para que esta agenda se desarrolle y se pueda abordar efectivamente.

Dentro del esquema presentado al inicio del capítulo, el factor denominado “limitaciones en el diseño institucional (estructura y recursos)” como se observa en el gráfico 3 se relaciona directamente al ámbito de actuación del MINSA y sus direcciones. A nivel de coordinación por un lado se

evidencia la deficiente relación de la instancia principal del MINSA (despacho ministerial) con el CENSI y con las demás direcciones que, además, esta asociada a la escasa asignación de recursos y por otro, se muestra la poca comunicación que existe entre el CENSI y las demás direcciones, lo que ha generado la superposición de funciones y los demás problemas que ya han sido explicados. Es evidente que no existe una rectoría clara en el momento de la coordinación.

**Gráfico 5 Limitaciones del diseño institucional (estructura y recursos)**



Fuente: elaboración propia

*La medida en la que las políticas se corresponden con las políticas afines son producto de medidas bien coordinadas entre los personajes que participan en su diseño y aplicación. En vista de la cantidad de piezas dinámicas que integran el proceso de diseño de políticas y la diversidad de intereses e incentivos presentes, la falta de coordinación puede ser intencional o involuntaria. (Stein y Tomasi 2006:397)*

Como bien señalan Stein y Tomasi, el proceso de diseño está integrado por diversas piezas dinámicas las cuales se ven afectadas por los intereses e incentivos presentes. Dentro de los incentivos vale la pena considerar la

influencia del diseño institucional del Estado en el sector salud. Como lo explica Alza y Zambrano en su libro “Pueblos Indígenas y establecimiento de agenda: Cambios en la estructura institucional en el Estado Peruano” existe una limitada actuación estatal en materia de pueblos indígenas. “En la práctica, los cambios ocurridos en una década significaron principalmente el debilitamiento de la institucionalidad indígena” (2015:108). Esta situación nos lleva a reflexionar que la debilidad institucional no sería característica exclusiva del sector salud, sino que puede ser lógico que se replique el estado de la política nacional a la realidad de la política local.

### **3.2.3. Limitaciones en la participación indígena**

México ha llevado a cabo múltiples reformas legales para su adecuación a las normas internacionales y para la institucionalización sistemática de las políticas indígenas en todos los niveles del Estado: no sólo del Poder Ejecutivo, también el aparato judicial y el parlamento fueron incluidos en la implementación de políticas (Meentzen 2007: 72). Sin embargo, para el Perú aún no existe una política coherente, articulada, continua e integral sectorial o regional destinada a resolver diversos aspectos de la problemática indígena. (Comisión Multipartidaria 2010; Meentzen 2007:132)

Como se ha explicado en la primera sección de condiciones previas para la aplicación de la política de salud intercultural, el primer punto importante para el desarrollo de esta política es la existencia de la política nacional.

*A nadie le ha interesado la diversidad cultural, ningún gobierno ha visto políticas para pueblos indígenas. No hay políticas públicas para pueblos indígenas. Algunos sectores si les interesa en aras de tomar esto en cuenta por el convenio 169 (...) nada interesa que los pueblos indígenas sean incluidos. Nadie está preocupado por generar un desarrollo diferente a pesar de que ellos también son peruanos. (Transcripción 15: Juan Reátegui)*

La existencia de la política nacional no solo es una cuestión de establecimiento de la visión de la política, como se ha explicado en una sección anterior, sino que implica la posibilidad de establecer canales claros para la relación con las comunidades indígenas. Es decir, si a nivel nacional no se tiene claridad de cómo establecer y llegar a acuerdos ¿Cómo se espera que a nivel sectorial sea posible lograrlo? La carencia de esta política afecta las iniciativas que se desarrollan en diversos temas como en este caso.

Un acercamiento al diseño de mecanismo de diálogo y acuerdos entre el Estado y las comunidades indígenas es la Consulta Previa, aprobada recientemente. Sin embargo, el peligro es que la atención a los pueblos indígenas se reduzca a la consulta previa, lo cual implicaría un tratamiento incompleto a la problemática indígena. Nos referimos a la necesidad de que el Estado no solo genere espacios de participación o consulta, sino que brinde atención real, genere una visión integral de la problemática y exprese un compromiso claro y sincero por abordar este tema. Puesto que, al parecer, la atención se ha visto influenciada por los acontecimientos recientes en el país, que implican actividades extractivas y conflictos sociales relacionados a ellos. Generándose un interés particular por abordar el tema indígena.

*El actual viceministro si le está dando con todo [en referencia a la PSI], como nunca, lo que nunca ha pasado, pero no tiene que ver con su preocupación por los indígenas, tiene que ver con conflictos y con la redirección del Estado hacia pueblos indígenas con la intención de reducir la conflictividad generada por el tema medio ambiental y las industrias extractivas (...) el Estado no le han dado mucho peso, las más nuevecitas si, como el MINCUL, pero las más antiguas como el MISNA, no. (Ex miembro del equipo técnico del CENSI)*

Adicionalmente, se ha evidenciado una comprensión deficiente del sistema de salud indígena, que como ya hemos explicado es vital para diseñar la política si no se comprende el problema, ¿cómo es posible sugerir alternativas de solución? Aun se observa mucha resistencia en el personal para abordar estos temas, sobre todo cuando la mayor parte de funcionarios en el Ministerio son Médicos, quienes han recibido una sólida formación en el modelo biomédico – científico, por lo que plantear la existencia de nuevos modelos igual de válidos, es bastante complejo.

*Hay ciertos puntos en los que va a ser imposible ponerse de acuerdo, puntos no negociables tanto como para el MINSA como para la organización indígena. Mi sensación personal es como si el CENSI dijera “Yo ya hice esta política y es perfecta y maravillosa y no tiene cuestionamiento y estoy haciendo la consulta y no me la puedo saltar” pero la verdad es que ellos incorporen muchas de las cosas que en general las organizaciones han estado cuestionando va a ser un poco complicado porque también implica un tema de repensar ciertas etiquetas y categorías de palabras que han sido repensadas para englobar la Salud Indígena que para ellos no representa lo que están requiriendo. (Transcripción 15: Cynthia Cárdenas)*

Este contexto, es claramente resultado de la deficiente comunicación que existe entre el Estado y las comunidades indígenas y de las escasas oportunidades de participación de las mismas para expresar sus demandas. A

nivel nacional, ya se ha mencionado la existencia de las comisiones multisectoriales (pero que, en el caso del 2009, respondió directamente a los enfrentamientos de Bagua) las cuales no han tenido continuidad ni monitoreo claro de los acuerdos, sobre todo, porque a nivel nacional el organismo responsable, INDEPA, tampoco ha tendido la suficiente estabilidad para dirigir el proceso.

Bajo este contexto, es entendible que a nivel sectorial tampoco se desarrollen acciones tan coordinadas y coherentes que cuenten con la participación de la población indígena. El único acercamiento claro que ha tenido el CENSI ha sido el proceso de consulta previa de la Política Salud Intercultural, sin embargo, este proceso ha sido muy complejo y pese a que ha finalizado, no ha producido ningún resultado concreto. La resolución sobre la política aún no es emitida y no se tiene información oficial sobre cuál es el estado actual de la misma. Uno de los principales cuestionamientos a la consulta ha estado relacionado al planteamiento de los temas a debatir puesto que no fueron diseñados con las comunidades.

*Ha habido consulta, no sé si mucha o poca, pero no ha sido consulta en ese sentido de construcción participativa y consensuada (...) no ha habido un proceso de construcción participativa consensuada y por lo tanto lo que pueda haber salido es una construcción, de algunas personas desde sus perspectivas, consultadas en mayor o menor grado y según eso validada, será una consulta, pero no es una construcción has participado lo que estás pensando, pero no lo has construido juntos. (Transcripción 4: Fernando carbone)*

Como se indicó en la sección inicial de este trabajo, la participación de las comunidades indígenas en el desarrollo de la política que los afectan es

fundamental y necesaria, como lo sostiene el Convenio 169. Esto no implica que la entidad desarrollará la política y la someterá a “aprobación” o discusión como lo propone la ley de consulta previa, sino que los pueblos indígenas asumirán un rol fundamental en todo el proceso de elaboración de la política. En el caso del diseño implica que, desde el proceso de selección de la visión de la política, las comunidades deben de participar activamente. Esta situación, sin embargo, no ha sucedido en nuestro país: se está entendiendo participación como “aprobación” o información de la decisión que se tomará.

Por otro lado, mientras el Ministerio desarrollaba acciones aisladas entre ellas y no lograba encontrar un enfoque para abordar la interculturalidad y lograr la cohesión de estas actividades, el movimiento indígena, representado por AIDSESEP, decidió abordar el tema de la Salud Indígena e implementar acciones al respecto. “Propusimos la creación de una nueva carrera, definitivamente era un reto, pero creíamos nosotros que era la línea correcta para generar políticas públicas hay que construir desde abajo” (Transcripción 15: Juan Reátegui). Esta propuesta fue una iniciativa que aterriza una dimensión de la interculturalidad.

AIDSESEP a nivel nacional empezó las coordinaciones con la finalidad de crear el Instituto Nacional de Salud Intercultural. Pese a que contaba con el apoyo del presupuesto de la cooperación internacional y tenía un terreno en Pucallpa, que había sido donado por comunidades de base, desde el 2000 hasta el 2005 le fue imposible concretar acciones: ni el MINSA ni el MINEDU se

lograron poner de acuerdo para construir este instituto. De manera paralela, en el 2004, en el marco de la Ley General de Educación N°28044, se presentó el reglamento de educación comunitaria, el cual señala, en uno de sus artículos que es posible que las organizaciones civiles puedan desarrollar propuestas de formación. AIDSESEP amparado en este artículo y con financiamiento de la fundación Karen Elise Jensen fortalecieron el proyecto de Técnicos en Salud Intercultural<sup>22</sup>.

AIDSESEP decidió empezar el proceso a través de las regiones y desde ahí lograr el reconocimiento a la formación de personal en salud intercultural. Lograron que un instituto que ofrecía la carrera de enfermería técnica asumiera el proyecto como una innovación pedagógica (ofrecían el título y la infraestructura). AIDSESEP ya había desarrollado una propuesta curricular intercultural que tenía más horas de formación de lo que te ofrece un instituto público en el país (llevaban cursos como derechos indígenas, historia de los pueblos, economía, plantas medicinales, epistemología indígena, etc.). La primera experiencia se desarrolló en Atalaya en el año 2005 se formaron 20 jóvenes indígenas del pueblo Ashaninka, Shipibo y Yini, esta formación terminó en el 2008.

El instituto presentó la solicitud de la incorporación de la mención en salud intercultural. Esta promoción logro tener su título a nombre de la nación, “los funcionarios de ese entonces mencionaban que esta era una experiencia piloto

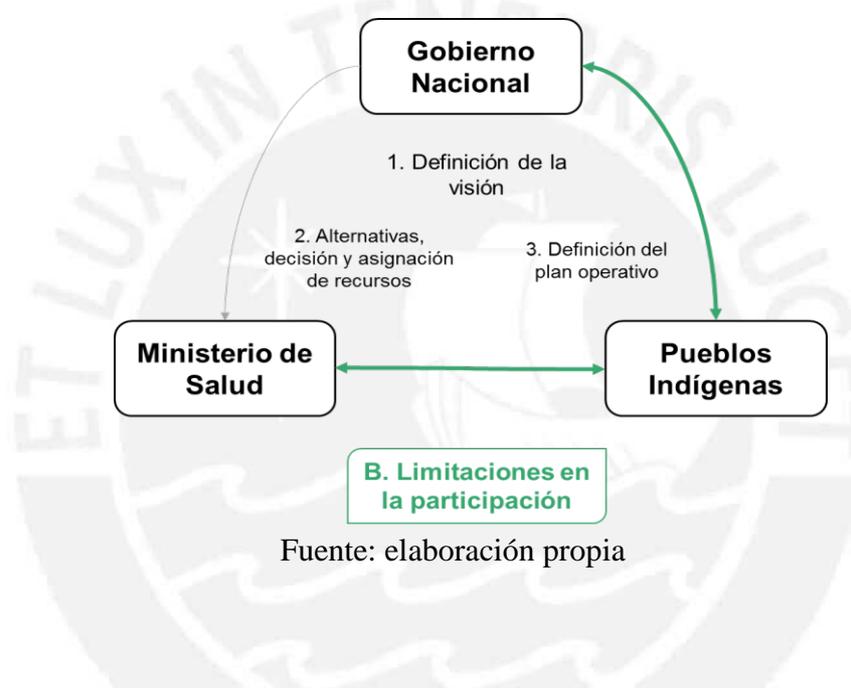
---

<sup>22</sup> Este proyecto fue parte de la iniciativa del área de Salud Indígena de AIDSESEP, la cual venía realizando actividades desde inicios de los años 90.

exitosa” (Transcripción 15: Cynthia Cárdenas). Posteriormente, se realizaron tres experiencias más, AIDSESEP hizo todo lo que el MINEDU solicitó y luego del trabajo de 10 años se emitió un oficio autorizando al instituto de Nauta a crear la carrera nueva. “Este fue un gran logro de la organización indígena, fue posible gracias al apoyo del Gobierno Regional de Loreto” (Transcripción 15: Cynthia Cárdenas). Esta agenda paralela logro tener éxito sin apoyo directo del Ministerio de Salud y generó evidencia sobre la implementación de un enfoque intercultural.

Acciones como éstas evidencian la labor paralela que existe debido a la poca disposición del Estado de trabajar en coordinación con los pueblos indígenas. Juan Reategui señaló que el principal motivo por el cual esta experiencia no se realizó con la coordinación del MINSA fue porque no existían un interlocutor claro para apoyar esta iniciativa y no recibían respuesta por parte de esta institución. Lo ideal sería que la coordinación, como se muestra en el gráfico 5, se realice a nivel nacional, con el sector y con las comunidades. Sin embargo, la evidencia señala la poca posibilidad de ejercer un trabajo conjunto real, más allá de las mesas de diálogo o consulta lo cual está relacionado a la incapacidad de generar los espacios adecuados. Esta evaluación también la ha realizado el mismo CENSI en el “Plan General de la Estrategia Sanitaria Nacional Salud de los Pueblos Indígenas 2009-2012”

**Gráfico 5 Limitación en la participación indígena en el caso del diseño de la política de Salud Intercultural**



*La inclusión en salud aún se limita a la cobertura de las diversas actividades del sector o participación utilitaria de la comunidad y sus miembros para el logro de metas, faltando propiciar y reforzar la inclusión participativa en el diseño, planificación y evaluación de los servicios que los beneficiarían. (CENSI 2008:25)*

Esta afirmación también la comparte la Defensoría del Pueblo en el informe 169 sobre la salud de los pueblos indígenas. Los límites en la participación indígena se evidencian, en un nivel más amplio, con el Gobierno Nacional, con el que no puede llegar a un consenso sobre la visión de la política indígena en el Perú. En un segundo nivel se manifiesta en la relación

con las diversas instancias del MINSA, las cuales se relacionan no solo de manera independiente con las comunidades, sino que también lo hacen de maneras muy diversas y con metodologías distintas lo que no permite sostener un trabajo a lo largo del tiempo.

### CONCLUSIONES

1. Esta investigación refuerza el concepto de política como un conjunto de decisiones estatales que no necesariamente responden a un proceso lineal y racional de formulación. La Política de Salud Intercultural está conformada por un conjunto de acciones estatales en el tema, las cuales no siguen un mismo enfoque y están poco articuladas, incluso, se podría argumentar que no guardan coherencia entre ellas. Sin embargo, este no es argumento suficiente para sostener, como algunos expertos en Salud Indígena sugieren, que no existe una política de salud intercultural. Todo lo contrario, la identificación de los principales problemas en el proceso confirma que existe una respuesta del Estado frente al problema público y contribuyen con la generación de evidencia a través de un proceso de retroalimentación constante para la toma de decisiones por parte de los funcionarios públicos.
2. El estudio del proceso de diseño de políticas permite evidenciar como confluyen en un mismo sector diversos enfoques que pueden determinar el rumbo de la política. En el caso del sector salud, los enfoques que influyen el proceso de decisiones son diversos: asimilación, pertinencia y adecuación cultural y los actores no necesariamente han optado por uno u otro, sino que en algunos casos se evidencia la presencia de más de un enfoque, lo cual ha llevado a generar acciones poco articuladas y coordinadas pero que de alguna manera si han permitido la implementación de la política de Salud Intercultural.

3. La evidencia recogida a través de las entrevistas a funcionarios públicos muestra la dificultad de entender el concepto de interculturalidad. Los diversos conceptos que existen de esta y por ende las diferentes propuestas para la implementación en la gestión pública hace evidente lo complejo que es el proceso de elaboración de políticas interculturales de manera exitosa.
4. Esta investigación llama la atención sobre la necesidad de establecer una política nacional de pueblos indígenas, si bien este no fue el centro del estudio, el análisis de la influencia del diseño institucional del Ministerio de Salud en el proceso de diseño de la Política de Salud Intercultural ha permitido evidenciar que el sector replica las deficiencias que existen a nivel central. Nos referimos a la poca claridad que existe en el rol que los pueblos indígenas cumplen en el proceso de diseño de la política en materias que los afectan directamente. El caso de salud ejemplifica la dificultad de diseñar políticas en conjunto si a nivel central no existen canales y procedimientos institucionalizados a parte de la consulta previa, la cual no asegura la participación en todo el proceso de diseño de la política.
5. Luego del 2009, la aprobación de la Ley de Consulta Previa y su implementación para el proceso de consulta de Política de Salud Intercultural en el 2013 puso en agenda la problemática del sector, evidencio lo poco que se había avanzado en el tema y resaltó las carencias del Centro Nacional de Salud Intercultural para abordar el tema de la Salud Indígena y la aplicación del enfoque intercultural. Así, este estudio refuerza la necesidad de fortalecer el ente rector de la política de Salud Intercultural y otorgarle los recursos económicos necesarios y un espacio institucional que pueda responder a las diversas necesidades de la implementación de una política con enfoque intercultural.

6. El “rol de las ideas” aunque no es un elemento que suele considerarse en el análisis de las políticas públicas y en la investigación de las mismas en este caso si ha cumplido un papel fundamental en el proceso de diseño de la política de Salud Intercultural. No es posible generalizar esta conclusión para todas las políticas, pero si permite abrir un nuevo campo de estudio sobre el rol de las ideas en el análisis de políticas interculturales, puesto que son este tipo de políticas en las que el elemento de las “creencias” es muy relevante pues es en esto en lo que se fundamenta su justificación de aplicación.
7. Pese a que existió un discurso en el sector salud –principalmente por la presentación del “Modelo de Atención Integral de Salud”- de apoyo al tema indígena y la incorporación del enfoque intercultural, el escenario en el cual se desarrolló el CENSI, no fue nada favorable. El diseño de la política se vio influenciado por el diseño institucional del MINSA, no basta con otorgarle funciones a un organismo, si el sector no brinda las condiciones necesarias para implementar las acciones solo se cumplirá de manera formal la existencia del tema en la agenda del sector mas no se obtendrán resultados concretos de su actividad.
8. La acción del movimiento indígena, pese a haber desarrollado una agenda de salud indígena hace más de 15 años, no es un factor influyente en el diseño de políticas en el sector salud. El Ministerio tampoco generó los espacios necesarios e institucionales para articular sus políticas y el diseño de las mismas (excepto por el proceso de consulta previa en el 2013) durante los 12 años estudiados. Es necesario realizar estudios más profundos que expliquen los motivos por los que el movimiento indígena no realizó acciones coordinadas con el Ministerio de Salud, sino que optó por enfocarse principalmente a la

formación de Técnicos en Salud Intercultural en coordinación con el Ministerio de Educación y el nivel del Gobierno Regional.

## BIBLIOGRAFÍA

- ABANTO, Alicia  
2011 "La institucionalidad indígena en el Perú". *Argumentos*. Lima, año 5, número 4.
- AGUILAR, Luis F.  
1993 "Estudio introductorio" en *Problemas Públicos y Agenda de Gobierno*. México: Miguel Angel Porrúa.
- ALIAGA RODRÍGUEZ, Gustavo  
2014 *Avances, desafíos y oportunidades hacia la construcción de una política de salud intercultural en el Perú*. Lima: UNMSM.
- ALMEIDA, Rocío.  
2003 *Crecer Sanitos. Estrategias, Metodologías e Instrumentos para Investigar y Comprender La Salud de Los Niños Indígenas*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- ALZA, Carlos  
2010 "Conflictividad en el Perú: una lectura desde las políticas públicas". En: *Reforma del Estado. El papel de las políticas públicas*. Lima: Fondo Editorial PUCP.
- 2012 "Gestión Pública: un tema pendiente en la investigación académica". En: ALZA BARCO (editor) *Gestión Pública: Balance y Perspectivas*. Lima: Fondo Editorial PUCP, pp. 219-236.
- ALZA, Carlos (editor)  
2013 *Aprender de la Experiencia: Ocho estudios de caso para estudiar Políticas Públicas y Gestión Pública*. Lima: Escuela de Gobierno y Políticas Públicas – Pontificia Universidad Católica del Perú.
- ALZA, Carlos y ZAMBRANO Gustavo  
2015 *Pueblos Indígenas y establecimiento de agenda: Cambios en la estructura institucional en el Estado Peruano*. Lima: Escuela de Gobierno PUCP

- ARMIJO, Marianela  
2009 *Manual de Planificación Estratégica e Indicadores de Desempeño en el Sector Público*. s/l: Ilpes/Cepal. Consulta: 20 de mayo 2015 <[http://187.237.133.170/pmd/doc/doctor\\_mora/i.insumos/2.planeacion/manual\\_planificacion\\_estrategica.pdf](http://187.237.133.170/pmd/doc/doctor_mora/i.insumos/2.planeacion/manual_planificacion_estrategica.pdf)>
- BARZELAY, Michael y CORTÁZAR, Juan Carlos.  
2003 “Introduction: The Process Dynamics of Public Management Policymaking”. *International Public Management Journal*, volumen 6. Año 2003, número 3, pp. 251-281.
- 2004 *Una guía práctica para la elaboración de estudios de caso sobre buenas prácticas en gerencia social*. Washington D.C. Consulta: 03 de mayo del 2015.
- CABIESES, Fernando  
1993 Apuntes de medicina tradicional (Vol. I). Lima: DISELPESA.
- CAIRO, Carlos, y ROZO, Esteban.  
2006 Políticas de La Identidad, Ciudadanía Intercultural y Reivindicaciones Territoriales Indígenas en dos Localidades Amazónicas en *Univeristas humanística*. N°61 enero – junio. Pp.107-134.
- CAMPOS, Roberto  
2013 *Políticas públicas en salud intercultural: Avances, retos y perspectivas*. [diapositivas]. México: Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de México.
- CASTILLO, Denisse  
2015 *Transcripción de entrevista 1 – Equipo técnico CENSI*. Mayo 2015  
*Transcripción de entrevista 5 – Fernando Carbone*. Mayo 2015  
*Transcripción de entrevista 10 – Omar Trujillo*. Junio 2015  
*Transcripción de entrevista 13 – Oswaldo Salaverry*. Junio 2015  
*Transcripción de entrevista 14 – Cynthia Cárdenas*. Mayo 2015  
*Transcripción de entrevista 15 – Juan Reátegui*. Junio 2015
- CARDONA-ARIAS, Jaiberth Antonio y Yennifer RIVERA-PALOMINO  
2015 Expresión de la interculturalidad en salud en un pueblo emberá-chamí de Colombia. *Revista Cubana de Salud Pública*, año 41, número 1, pp. 77-93.
- CENTRAL ASHANINKA DEL RÍO ENE  
2005 Comprender, Comunicar y Proponer desde la Organización Indígena en *Cuadernos Care* pp.1–38

CENTRO AMAZÓNICO DE ANTROPOLOGÍA Y APLICACIÓN PRÁCTICA  
2007 *Culturas Amazónicas*. Lima: CAAP

2015 *Análisis de La Aplicación de Consulta Previa*. Lima: CAAP

CENTRO NACIONAL SALUD INTERCULTURAL

2012 *Plan general de la estrategia sanitaria nacional: Salud de los pueblos indígenas*. Lima: Instituto de Salud - Ministerio de Salud.

2013 *Plan de consulta: Política sectorial de salud intercultural*. Lima: Instituto de Salud - Ministerio de Salud.

2013 *Relatoria I Taller Macrorregional Sur. Etapa informativa - Plan general de la estrategia sanitaria nacional. Proceso de consulta previa*. Lima: Instituto de Salud - Ministerio de Salud.

2013 *Reunión técnica: Estrategia Sanitaria Nacional Salud de los Pueblos Indígenas*. Lima: Instituto de Salud - Ministerio de Salud

s/a *Política sectorial de salud intercultural*. Lima: Instituto de Salud - Ministerio de Salud.

CHIRAPAQ

2013. *VI Conferencia Nacional de Salud - Tema: Interculturalidad Y Salud Desde Los Pueblos Indígenas* [diapositivas]. Consulta: 20 de mayo de 2015

CLAUDIO, Stefano.

2009 Una perspectiva crítica sobre interculturalidad y educación intercultural bilingüe: El caso de la Unión de Maestros de la Nueva Educación para México (UNEM) y educadores independientes en Chiapas” en *Revista Latinoamericana de Educación Inclusiva*.

COMBONI, Sonia

2002 “Historia, racismo y educación” en *Política y Cultura*. No 17. Xochimilco: Primavera. pp. 261-287

COMISIÓN ANDINA DE SALUD INTERCULTURAL

2009 *Aún nos cuidamos con nuestra medicina*. Lima: ORAS-CONHU

2010 *Acta de La VIII Reunión Comisión Andina de Salud Intercultural*. Gloria Lagos: Comisión Andina de Salud Intercultural.

2011 *Acta de La XI Reunión. Villa de Leyva: Comisión Andina de Salud Intercultural.*

COMISIÓN ESPECIAL MULTISECTORIAL PARA LAS COMUNIDADES NATIVAS

2001 *Plan de acción para los asuntos prioritarios de la Comisión Especial Multisectorial para las Comunidades Nativas. Lima.*

COMISIÓN NACIONAL DE PUEBLOS ANDINOS Y AMAZÓNICOS DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD

2002 *Lineamientos generales para alcanzar la cobertura universal en higiene, saneamiento y abastecimiento de agua en los pueblos andinos y amazónicos del Perú. Lima, junio de 2002.*

CONFEDERACIÓN DE NACIONALIDADES AMAZÓNICAS DEL PERÚ

2008 *Propuesta Política de CONAP Para Una Agenda Indígena Nacional. Lima: CONAP.*

CONGRESO DE LA REPÚBLICA

2002 *Ley 27657. Ley del Ministerio de Salud. 17 de Noviembre.*

2010 *Informe políticas públicas para los pueblos indígenas u originarios. Lima: Comisión multipartidaria encargada de estudiar y recomendar la solución a la problemática de los pueblos indígenas.*

CORREA, Norma.

2011 *“Interculturalidad y políticas públicas: una agenda al 2016” en Economía y Sociedad 77. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.*

CUETO, Marcos y ZAMORA, Víctor.

2006 *Orígenes de la Atención Primaria de Salud y la Atención Primaria de Selectiva de Salud en Historia, Salud y Globalización. Lima: Instituto de Estudios Peruanos.*

CUNNINGHAM, Myrna

2002 *Etnia, Cultura Y Salud: La Experiencia de La Salud Intercultural Como Herramienta Para La Equidad. Washington:OMS*

DEFENSORÍA DEL PUEBLO.

2008 “La Salud de las Comunidades Nativas: Un reto para el Estado”. Informe defensorial N° 134. Lima: Defensoría del Pueblo.

DEL CAIRO, Carlos; ROZO, Esteban

2005 “Políticas de la identidad, ciudadanía intercultural y reivindicaciones territoriales indígenas en dos localidades amazónicas”. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.

DEL CID, Víctor Manuel (compilador)

2008 Antecedentes, situación actual y perspectivas de la salud intercultural en América Latina. Bluefields: Universidad de las Regiones Autónomas de las Costas del Caribe Nicaragüense (URACCAN).

DIRECCIÓN DE MEDICINA TRADICIONAL Y DESARROLLO INTERCULTURAL

2008 *Servicios y Unidades de Salud Culturalmente Competentes*. México: s/e

DIRECCION GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA

s/f Análisis de La Situación de Salud En Poblaciones Excluidas. Lima.

DIRECCIÓN GENERAL DE PROMOCIÓN DE SALUD

2010 Gestión local para la implementación y el funcionamiento de la casa materna. Lima: MINSA.

DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD DE LAS PERSONAS

2005 Norma Técnica Para La Atención Del Parto Vertical Con Adecuación Intercultural. Lima: MINSA.

ENLACE CONTINENTAL DE MUJERES INDÍGENAS

2013 “Interculturalidad y Salud desde los pueblos indígenas”. VI Conferencia de Salud desde los Pueblos Indígenas. Lima, noviembre del 2013.

EVIDENCE AND LESSONS FROM LATINOAMERICA

S/A “Intercultural health policies in latin America” en *Indigenous and Ethnic Minority Rights, Governance*.

FEO, Oscar

2010 “Presentación Del Organismo Andino de Salud Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU).” Ponencia presentada en la Reunión Regional de Consulta: “Integración y Convergencia para la Salud en América Latina y el Caribe”. Caracas. Consultado: 25 de mayo de 2015.

<[http://www.sela.org/media/266305/t023600004261-0-di\\_7\\_oras-conhu\\_oscar\\_feo\\_reunion\\_regional\\_salud.pdf](http://www.sela.org/media/266305/t023600004261-0-di_7_oras-conhu_oscar_feo_reunion_regional_salud.pdf)>

FERNÁNDEZ, Gerardo.

2005 “Salud e interculturalidad: sugerencias para organizaciones de salud en contextos indígenas, a partir de una experiencia boliviana” en *Revista de Dialectología y Tradiciones Populares*. Toledo: Universidad de Castilla-La Mancha.

FORESTER, John:

1984 “La racionalidad limitada y la política de salir del paso”. En: Luis Aguilar, ed., *La hechura de las políticas* (1992).

FREIRE, Germán y ZENT, Stanford

2007 Los Piaroa. En *Salud Indígena en Venezuela*. Volumen I. Caracas: Gobierno Bolivariano de Venezuela - Ministerio del Poder Popular para la Salud.

FULLER, Norma

2002 *Interculturalidad y Política: Desafíos y Posibilidades*. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.

HUERTAS, Bertriz

2010 *Análisis de situación de los pueblos en aislamiento. Contacto reciente y contacto inicial de la Región Andina*. Lima: Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue. Comisión Andina de Salud Intercultural.

s/a Normatividad sobre pueblos indígenas en aislamiento, contacto reciente y contacto inicial, en la región andina. Lima: Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue. Comisión Andina de Salud Intercultural.

s/a Propuesta de reglamento para el personal de los diferentes sectores responsables de brindar atención integral a poblaciones en contacto reciente y contacto inicial. Lima: Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue. Comisión Andina de Salud Intercultural.

s/a Propuesta de Sensibilización Para La Protección de Los Pueblos En Aislamiento, Contacto Reciente Y Contacto Inicial. Lima: Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue. Comisión Andina de Salud Intercultural.

s/a Propuesta de Norma Técnica Para La Protección, Prevención y Atención Integral de Salud Frente Al Contacto y Contagio de Enfermedades Que Afecten a Pueblos Indígenas En Aislamiento, Contacto Reciente y Contacto Inicial. Lima: Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue. Comisión Andina de Salud Intercultural.

INSTITUTO NACIONAL DE DESARROLLO DE PUEBLO ANDINOS, AMAZÓNICOS Y AFROPERUANO  
2010 *Aportes para un enfoque intercultural.* Lima:INDEPA

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD  
2010 *Reunión Técnica: Estrategia Sanitaria Nacional Salud de Los Pueblos Indígenas.* Lima. Consultado: 25 de mayo de 2015. <[http://www.minsa.gob.pe/portada/est\\_san/reunion.pdf](http://www.minsa.gob.pe/portada/est_san/reunion.pdf)>

2014 *Etapas de Diálogo Política Sectorial de Salud Intercultural – Consulta Previa.* Lima. Consultado: 25 de mayo de 2015. <[http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/7/jer/censi\\_pssi/Informe%20Tu00E9cnico%20%20Taller%20Nacional%20Etapa%20Diu00E1logo%20%20PSSIC.%20%20setiembr.%202014.pdf](http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/7/jer/censi_pssi/Informe%20Tu00E9cnico%20%20Taller%20Nacional%20Etapa%20Diu00E1logo%20%20PSSIC.%20%20setiembr.%202014.pdf)>

JANSEN, Maria  
2010 *Disconnections between Policy, Practice and Research en Health research policy and systems.* Consulta: 15 de abril de 2014 <<http://www.health-policy-systems.com/content/8/1/37.>>

KALU, Kelechi.  
2006 *Agenda Setting and Public Policy in Africa* Aldershot and Burlington: Ashgate. pp. 267

KINGDON, John.  
1995 “Wrapping Things Up”. En *Agendas, Alternatives and Public Policies.* New York: Longman.

KIOUSIS, Spiro.  
2011 “Agenda-setting and attitudes” en *Journalism Studies.* London. pp. 359-374

KNIPPER, Michael  
2010 Más Allá de lo Indígena: Salud e Interculturalidad a Nivel Global. En *Revista Peruana de Medicina de Experimental y Salud Publica.* Número 27.

KYMLICKA, Will

- 2002 Estados Multiculturales y Ciudadanos Interculturales elaborado para la presentación en el V Congreso Latinoamericano de Educación Intercultural Bilingüe. Consulta: 20 de abril de 2014.  
<https://sicologias.files.wordpress.com/2015/01/13b-kymlicka-estados-multiculturales.pdf>

LINDBLUM, Charles E.

- 1991 “Capítulo I: La política desde la perspectiva del proceso de elaboración de políticas públicas”. En *El proceso de elaboración de políticas públicas*. Madrid.

LOZANO, Ruth.

- 2005 *Interculturalidad Desafío Proceso y Construcción*. Lima: Servicios en Comunicación Intercultural – SERVINDI.

MATHEZ-STIEFEL, Sarah-Lan; VANDEBROEK, Ina; RIST, Stephan.

- 2012 “Can Andean medicine coexist with biomedical healthcare? A comparison of two rural communities in Peru and Bolivia” eN *Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine*.

- 2010 *Interculturalidad y Políticas Públicas: Una agenda al 2016*. LIMA: CIES y Pontificia Universidad Católica del Perú.

MAJONE, Giandoménico

- 1997 “Capítulo VII: El desarrollo de las políticas”. En *Evidencia, Argumentación y Persuasión en la Formulación de Políticas*. México: FCE.

MEDINA, Armando

- 2006 *Guía para adecuación cultural de los servicios de salud. Quito: Cooperación técnica de apoyo a la preparación del Programa de Aseguramiento Universal en Salud (PRO-AUS)*. Banco Interamericano de Desarrollo (BID).

MEDICUS MUNDI

- 2013 Claves Para La Transformación de Los Sistemas de Salud En América Latina. ed. Medicusmundi - navarra. Lima: Medicusmundi - navarra.

MEENTZEN, Angela

- 2007 Políticas Públicas Para Los Pueblos Indigenas En El Peru. Lima: Fundación Konrad Adenauer.
- 2010 Experiencias de Diálogo Y La Aplicación Del Convenio 169 de La OIT En El Perú.
- MENY, Ives y Jean Claude THOENIG  
1992 "Políticas Públicas y Teoría del Estado". En *Las políticas públicas*. Barcelona, Ariel.
- MIGNONE, Javier; BARTLETT, Judith; O'NEIL, John; ORCHARD Treena.  
2007 "Best practices in intercultural health: five case studies in Latin America" en *Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine*. Manitoba: Universidad de Manitoba.
- MINISTERIO COORDINADOR DE PATRIMONIO DE ECUADOR  
2009 Lineamientos Para La Construcción de Políticas Públicas Interculturales. s/l:s/e
- MINISTERIO DE CULTURA  
2014 *Enfoque Intercultural: Aportes Para La Gestión Pública*. Lima: Ministerio de Cultura.
- 2015 *Política Nacional para la transversalización del enfoque intercultural*. Lima. Consultado: 25 de mayo de 2015.  
<<http://www.descentralizacion.gob.pe/wp-content/uploads/2015/08/07-Politica-de-interculturalidad.pdf>>
- MINISTERIO DE SALUD DEL PERU  
1999 *El Aporte de la Vida En Los Andes y Amazonía Del Perú*.
- 2004 *Pueblos En Situación de Extrema Vulnerabilidad: El Caso de Los Nanti de La Reserva Territorial Kugapakori Nahua*. Lima: MIMNSA.
- 2006 *Norma técnica de salud para la transversalización de los enfoques: derechos humanos, equidad de género e interculturalidad en salud*. Lima: MINSA.
- 2007 *Plan Nacional Concertado de Salud*. Lima.
- 2008 Resolución Ministerial N° 559-2008. 11 de agosto.
- 2009 Resolución Ministerial N° 105-2009. 19 de febrero.

- 2010 Resolución Ministerial N° 046-2010-MINSA. 21 de enero.
- 2011 *Plan Nacional de Fortalecimiento Del Primer Nivel de Atención 2011 - 2021*. Lima.
- 2011 Resolución Ministerial N°207 - 2011/MINSA. 18 de marzo.
- 2012a *Aportes metodológicos para la elaboración del análisis de situación de salud de los pueblos indígenas de la Amazonía peruana*. Lima: MINSA.
- 2012b Resolución Ministerial 037-2012-MINSA. 13 de enero.
- 2012c Resolución Ministerial 525-2012-MINSA. 26 de junio.
- 2013a *Plan de Consulta: Política Sectorial de Salud Intercultural*. Lima.
- 2013b Resolución Ministerial 666-MINSA. 23 de octubre.
- 2013c Resolución Ministerial N° 026-2013/MINSA. 15 de enero.
- 2014a *Avances y retos para la incorporación de los Derechos Humanos, género e interculturalidad en salud*. Lima.
- 2014b Informe N° 087-2014-0GPP-OPGI/MINSA Evaluación Semestral 2014 de La Política Nacional En Materia de Pueblos Andinos, Amazónicos, Afroperuanos Y Asiáticoperuanos. Lima.
- 2014c Resolución Ministerial N° 048-2014/MINSA. 20 de enero.

#### MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DE ECUADOR

- 2006 *Guía para adecuación cultural de los servicios de salud*. Quito. Consultado: 7 de julio de 2015. <[http://www.herbogeminis.com/IMG/pdf/salud\\_ecuador.pdf](http://www.herbogeminis.com/IMG/pdf/salud_ecuador.pdf)>
- 2007 *Manual para la humanización y adecuación cultural de la atención del parto*. Quito: Ministerio de Salud Pública de Ecuador.
- 2011 *Guía metodológica para la atención de la salud materna culturalmente adecuada*. Quito: Ministerio de Salud Pública de Ecuador. Consultado: 25 de mayo de 2015. [http://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/Pnadk045.pdf](http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnadk045.pdf)

NUREÑA, César

2009 Incorporación Del Enfoque Intercultural En El Sistema de Salud Peruano: La Atención Del Parto Vertical en *Panam Salud Pública*. Número 26.

#### OFICINA GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA – MINSA

2002 Análisis de La Situación de Salud Del Pueblo Shipibo - Konibo. Lima: OGE

#### OLIART, Patricia

2005 *El Estado Peruano y las Políticas sociales dirigidas a los Pueblos Indígenas en la década de los 90” en Proyecto Self-sustaining Community development y Comparative Perspective*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos

#### ORGANISMO ANDINO DE SALUD

2009 *IX Reunión de La Comisión Andina de Salud Intercultural Maracaibo. Julio 20 - 22 de 2009. Acuerdos*. Maracaibo. Consultado: 25 de mayo de 2015.

<<http://www.orasconhu.org/sites/default/files/Acuerdos%20IX%20Reunion%20salud%20intercultural%20Maracaibo%20julio%202009.pdf>>

2010 *Guía conceptual y metodología para la construcción del análisis de situación de salud andino, ASIS Andino, con enfoque intercultural*. Lima: Organismo Andino de Salud. Consultado: 25 de mayo de 2015.

<<http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1655.pdf>>

#### ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

2005 *Carta de Bangkok Para La Promoción de La Salud En Un Mundo Globalizado*. Bangkok.

<[http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP\\_e\\_s.pdf](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_e_s.pdf)>

#### ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD Y ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD

2012 *Estado de salud y nutrición de los niños menores de 5 años pertenecientes a las poblaciones indígenas y no indígenas de Bagua y Condorcanqui en la región amazonas 2012*. Lima: OPS. OMS.

#### ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD

2002 *Lineamientos generales para alcanzar la cobertura universal en higiene, saneamiento y abastecimiento de agua en los pueblos*

*andinos y amazónicos del Perú.* OPS. Consultado: 15 de abril de 2015.

<<http://www.bvsde.paho.org/bvsapi/e/fulltext/lineamientos/lineamientos.pdf>>

2007 *Agenda de salud para las Américas: 2008-2017.* Ciudad de Panamá. Consultado: 15 de abril de 2015.  
<[http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/Agenda de Salud.pdf](http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/Agenda_de_Salud.pdf)>

2008 *Una visión de salud intercultural para los Pueblos Indígenas de las Américas.* Washington D. C.: OPS.

2011 *Lista de participantes del I Foro Regional Recursos Humanos para la Salud y pueblos indígenas.* Ciudad de Panamá.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD Y AGENCIA DE LOS ESTADOS UNIDOS PARA EL DESARROLLO INTERNACIONAL

2005 *Análisis del sector salud: una herramienta para viabilizar la formulación de políticas. Lineamientos metodológicos.* Washington D.C.: OPS. USAID.

OSBORNE, Stephen.

2006 *The New Public Governance?* Volumen 8. Edinburgh: Public Management Review

PAN, Suk Kim

2006 *Desafíos a la capacidad pública en la era de una administración pública en evolución y reforma del gobierno.* México DF: Centro de Investigación y Docencia Económica.

PARSALUD

2006 *Plan Para Los Pueblos Indígenas.* Lima: Banco Mundial.

PORTOCARRERO, Julio

2014 *El Estado Frente a la Salud de Los Pueblos Indígenas.* Lima: Instituto Nacional de Salud.

PRINCE, Sebastiaan.

2009 "Agenda-Setting in the European Union". Netherlands: Utrecht University.

PROGRAMA "FORTALECIMIENTO DE ORGANIZACIONES INDÍGENAS EN AMÉRICA LATINA, PROINDIGENA.

2010 *Fortalecimiento de Organizaciones Indígenas en América Latina: Construyendo Interculturalidad: Pueblos Indígenas, Educación y*

*Políticas de Identidad en América Latina.* Druckreif: GTZ.  
 Compiladores: Dra. Juliana Ströbele-Gregor, Dr. Olaf Kaltmeier,  
 Dra. Cornelia Giebeler.

PRINCE, Sebastiaan.

2009 *Agenda-Setting in the European Union.* Netherlands: Utrecht University.

RODRIGUEZ, Javier

s/a Diagnóstico Sobre La Situación de Los Derechos Humanos de Los Pueblos Indígenas de América Central. Lima: OACNUDH - Oficina Regional para América Central.

ROSENBERG, Markus y Ramón PAJUELO [editores]

2006 *Políticas Indígenas Estatales En Los Andes Y Mesoamérica. Avances, problemas, desafíos: un intercambio de experiencias.* Memorias del seminario-taller internacional realizado el 11 y 12 de setiembre de 2006 en Cusco, Perú. Lima: Fundación Konrad Adenauer Stiftung (KAS)

SALAVERRY, Oswaldo

2010 Interculturalidad En Salud en Revista Peruana de Medicina de Experimental y Salud Publica. Número 24.

SALUD SIN LÍMITES, MEDICUS MUNDI

2013 Modelo de Atención Integral de Salud. Lima: Medicusmundi - navarra.

SECRETARIA DE SALUD DE MEXICO

2003 *El Enfoque Intercultural : Herramienta Para Apoyar La Calidad de Los Servicios de Salud.* México D.F. Consultado: 7 de julio de 2015.

<<http://salud.edomex.gob.mx/html/Medica/ENFOQUE%20INTERCULTURAL.%20HERRAMIENTA%20PARA%20MEJORAR%20LA%20CALIDAD%20DE%20LOS%20SERVICIOS%20DE%20SALUD.PDF>>

SEMINARIO, Gerardo y CÁRDENAS Cynthia

2008 Marco Teórico e Instrumentos Para La Evaluación de La Incorporación Del Enfoque Intercultural. Lima: s/e

STEIN, Ernesto

2006 Capítulo 2: "Un enfoque metodológico para comprender la política de las políticas. En *La política de las políticas públicas: progreso*

*económico y social en América Latina: Informe 2006*. Washington, D.C.: BID.

SUBIRATS, Joan; KNOEPFEL Peter; LARRUE Corinne; VARONNE Frederic.  
2008 *Análisis y Gestión de Políticas Públicas*. Barcelona: Ariel

VELASCO, Oscar  
2010 *Aún nos cuidamos con nuestra medicina - Inventario sistematizado de las prácticas sanitarias tradicionales existentes en las poblaciones originarias de los países andinos*. Lima: Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue, Comisión Andina de Salud Intercultural.

VILA, Caliz  
s/a *Interculturalidad En Salud En La Región Andina Avances Y Perspectivas*. Lima: Organismo Andino de Salud.

WALSH, Catherine  
2010 *Interculturalidad Crítica y Educación Intercultural*. ponencia presentada en el Seminario “Interculturalidad y Educación Intercultural”, organizado por el Instituto Internacional de Integración del Convenio Andrés Bello, La Paz, 9-11 de marzo de 2009.

## ANEXOS

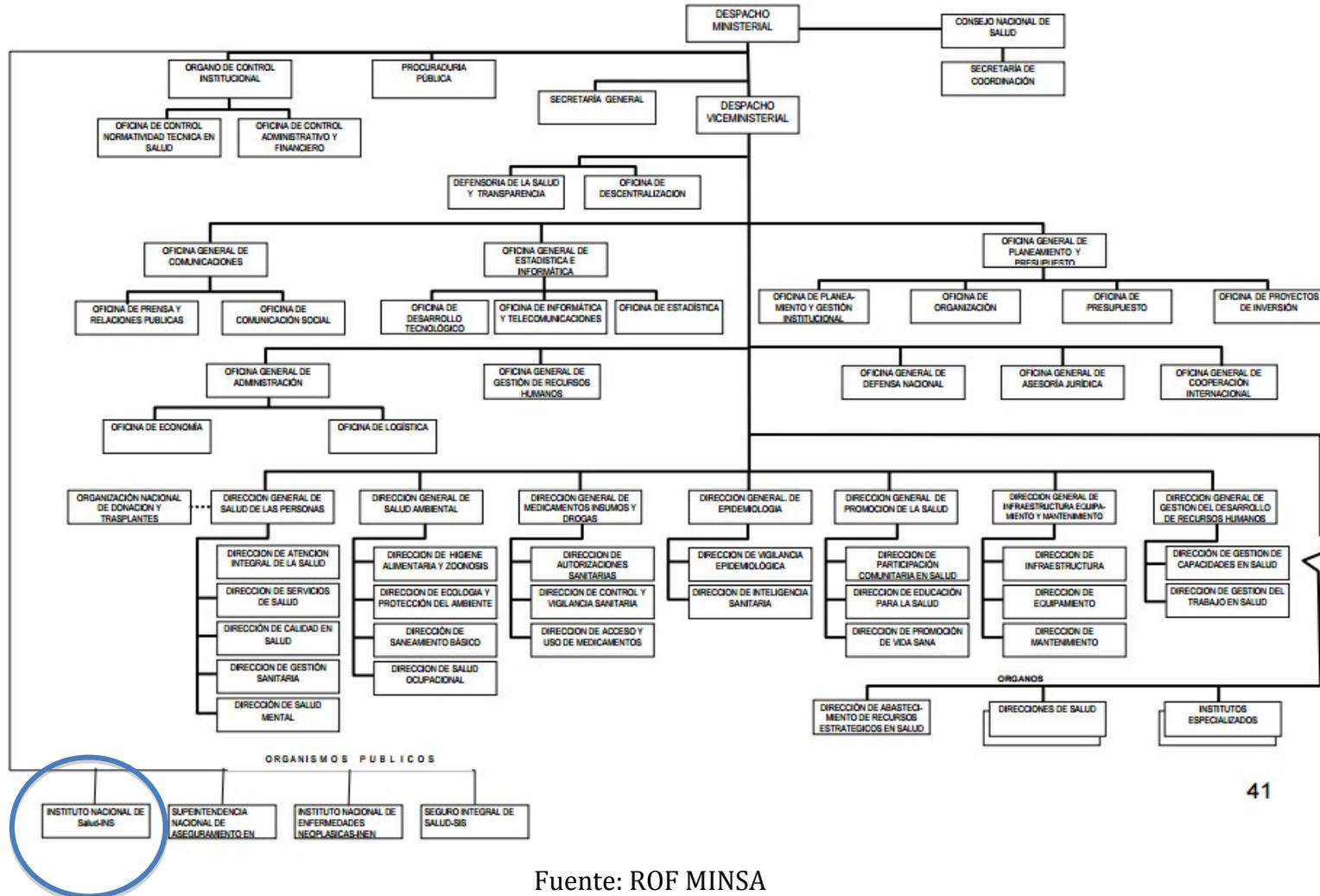
### ANEXO 1: Lista de entrevistados

	CARGO	NOMBRE	FECHA	DURACIÓN
1	Antropólogo especialista	Ex miembro del equipo técnico CENSI	23/05/15	70min
2	Antropóloga especialista	M. Amalia Pesantes	17/03/15	60min
3	Experta Pol. Interculturales	Norma Correa	15/07/15	40min
4	OIT	Manuel García	12/05/15	70min
5	Ex Ministro de Salud	Fernando Carbone	25/05/15	50min
6	Comisión de Si ORAS	Gloria Lagos	19/05/15	40min
7	UNICEF / Asesor del Ministro	Mario Tavera	25/05/15	60min
8	Director adjuntía de pueblos indígenas DP	Daniel Velasquez	19/05/15	50min
9	Director estrategia de pueblos indígenas	Omar Trujillo	03/06/15	30min
10	Ex director INDEPA	Gustavo Zambrano	26/05/15	40min
11	Ex Ministro de Interculturalidad	Iván lanegra	25/04/15	30min
12	Ex director CENSI	Oswaldo Salaverry	04/06/15	40min
13	Especialista AIDSESEP	Cynthia Cárdenas	02/06/15	70min

14	Ex director programa de salud AIDSESP	Juan Reátegui	04/06/15	55min
15	Equipo técnico CARE	CARE	18/05/15	30min
16	Directora Salud Sin Límites	Claudia Lema	01/06/15	40min



## ANEXO 2: Organigrama MINSA



Fuente: ROF MINSA

### ANEXO 3: Organigrama INS

