

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD
CATÓLICA DEL PERÚ**

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES



Sacha Política: Un análisis de la creación de la Política Sectorial de Salud Intercultural

Tesis para obtener el título profesional de Licenciado en Ciencia Política y Gobierno presentado por:

Llave Huasco, Piero André

Asesor(es):

Alayza Mujica, María Rosa


Lima, 2025

Informe de Similitud

Yo, Alayza Mujica, Maria Rosa, docente de la Facultad de Ciencias Sociales de la Pontificia Universidad Católica del Perú, asesor(a) de la tesis/el trabajo de investigación titulado Sacha Política: Un análisis de la creación de la Política Sectorial de Salud Intercultural del/de la autor (a)/ de los(as) autores(as) Llave Huasco, Piero André dejo constancia de lo siguiente:

- El mencionado documento tiene un índice de puntuación de similitud de 18%. Así lo consigna el reporte de similitud emitido por el software *Turnitin* el 20/02/2025.
- He revisado con detalle dicho reporte y la Tesis o Trabajo de Suficiencia Profesional, y no se advierte indicios de plagio.
- Las citas a otros autores y sus respectivas referencias cumplen con las pautas académicas.

Lugar y fecha: Lima, 21 de febrero del 2025

Apellidos y nombres del asesor / de la asesora: <u>Alayza Mujica, Maria Rosa</u>	
DNI: 07814726	Firma 
ORCID: 0000-0002-6721-931X	

Agradecimientos

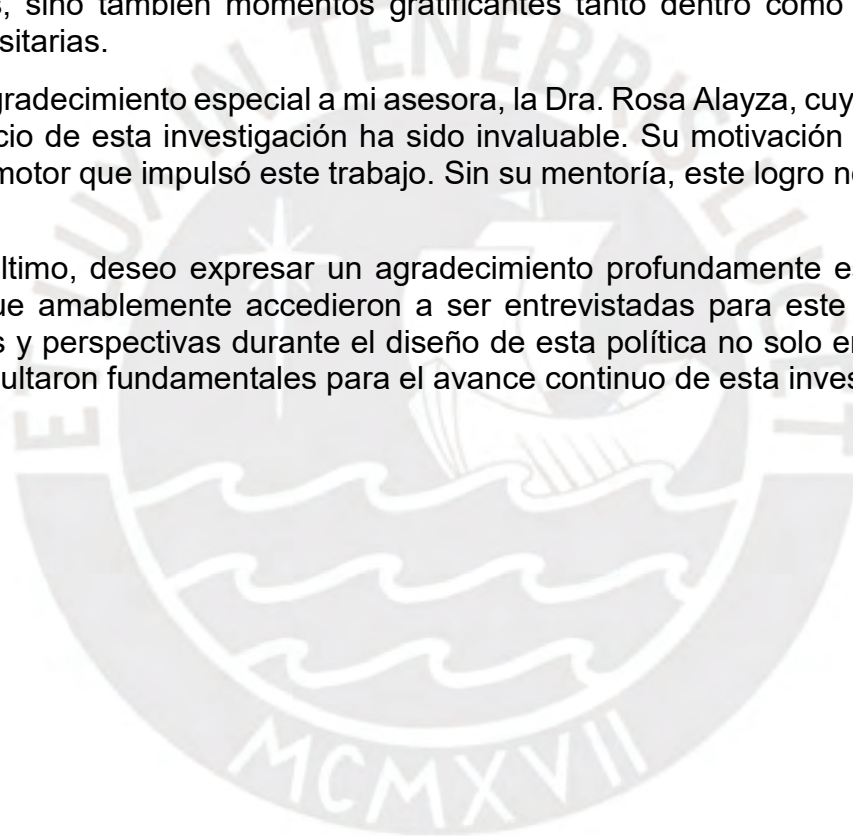
Agradezco sinceramente a mis padres, quienes han sido mi mayor fuente de apoyo incondicional a lo largo de mi travesía universitaria. Su amor y paciencia han sido pilares fundamentales, especialmente cuando les compartía la carga de realizar mi tesis.

A mis hermanos y a mi fiel compañera perruna, Zorka, les debo momentos de alivio y tranquilidad durante las pausas necesarias en este arduo proceso. Su presencia ha sido mi refugio, proporcionándome la serenidad necesaria para enfrentar desafíos.

Expreso mi gratitud a mis amigos, quienes han sido testigos y cómplices de los mejores años de mi vida hasta ahora. Juntos, compartimos no solo inolvidables amaneceres, sino también momentos gratificantes tanto dentro como fuera de las aulas universitarias.

Un agradecimiento especial a mi asesora, la Dra. Rosa Alayza, cuya orientación desde el inicio de esta investigación ha sido invaluable. Su motivación y dedicación han sido el motor que impulsó este trabajo. Sin su mentoría, este logro no habría sido posible.

Por último, deseo expresar un agradecimiento profundamente especial a las personas que amablemente accedieron a ser entrevistadas para este trabajo. Sus experiencias y perspectivas durante el diseño de esta política no solo enriquecieron, sino que resultaron fundamentales para el avance continuo de esta investigación.



Resumen

Esta investigación analiza de manera crítica la implementación de la Política Sectorial de Salud Intercultural, evaluándola a través del lente de la interculturalidad crítica propuesta por Fidel Tubino y Adhelir Flores. La operacionalización del concepto de "interculturalidad crítica" se presenta como una herramienta valiosa para determinar cómo se aplicó la interculturalidad de la política en cuestión. Este enfoque no solo permite evaluar la situación actual, sino que también se convierte en un instrumento posible para guiar futuros planes que prioricen la interculturalidad. El vínculo históricamente tenso entre el Estado peruano y los pueblos indígenas se contextualiza en la política estudiada, que surge desde una entidad poco conocida: el Centro Nacional de Salud Intercultural (CENSI). Pese a ser un proyecto ambicioso que buscaba una amplia participación de los pueblos indígenas, se evidencian deficiencias significativas por parte de los actores del Estado peruano involucrados. El proceso de creación de la política se enmarca en una Consulta Previa a nivel nacional, en la que participaron siete organizaciones indígenas. Sin embargo, la falta de superación de estigmas, la limitada participación de los representantes de los pueblos indígenas, la falta de comprensión de los espacios culturales y la escasa importancia que el Ministerio de Salud les dio a los pueblos indígenas, cuestionan si la política debería ser llamada "intercultural". Reconstruir el proceso de creación de la política de salud intercultural ayuda a visualizar estos desafíos y permite responder que la política no cumple con los objetivos característicos de la interculturalidad, según la visión crítica propuesta.

Palabras Clave: salud, interculturalidad, pueblos Indígenas, consulta previa.

Índice de contenidos

Introducción.....	1
Capítulo 1: ¿Qué se dice sobre los pueblos indígenas en el Perú?	7
1.1. Situación histórica de los pueblos indígenas.....	7
1.2. Políticas públicas y pueblos indígenas.....	12
1.3. Salud intercultural en América Latina.....	19
Capítulo 2: Marco teórico	23
2.1 Enfoque de políticas interculturales (o con pertinencia cultural)	25
2.2 Dimensiones de la interculturalidad desde diferentes perspectivas	28
2.3 Un enfoque distinto: La Interculturalidad Crítica.....	29
Capítulo 3: Diseño Metodológico.....	31
3.1. Hipótesis	33
Capítulo 4: La Política Sectorial de Salud Intercultural	35
4.1 La Política Sectorial de Salud Intercultural en la norma.....	36
4.2. El proceso de creación de la Política Sectorial de Salud Intercultural.....	38
4.3 Dificultades y Limitaciones durante el proceso de Consulta Previa	48
4.3.1 Dificultades logísticas.....	48
4.3.2 Disonancia en el diálogo	49
4.3.3 Lenguaje	51
4.3.4 Desinterés en Política Sectorial de Salud Intercultural.....	52
4.4 Análisis de una oportunidad	53
Capítulo 5. Pertinencia Cultural de la Política Sectorial de Salud Intercultural: Un análisis desde la interculturalidad crítica.	55
5.1. Comprensión crítica de los espacios socioculturales y ecológicos.....	57
5.2. Identificación de estigmas y estereotipos por fenotipo, cultura, género y lugar de procedencia.....	59
5.3. Pertinencia cultural de los programas o proyectos.....	60
5.4. Exclusión Política y Participación	62
5.5. ¿Una política nacida muerta?.....	64
Conclusiones	67
Ausencias en el diseño de la Política Sectorial de Salud Intercultural	67
La política bajo el lente de la interculturalidad crítica	69
Referencias Bibliográficas	72

Anexos	79
Anexo A	79
Anexo B	80
Anexo C	81



Índice de Tablas

Tabla 1: Los 5 departamentos con mayor concentración poblacional de indígenas, diferenciado entre indígena de la sierra e indígena de la selva	11
Tabla 2: Marco normativo que se vincula a la interculturalidad	15
Tabla 3: Maneras de abordar las relaciones entre las culturas	26
Tabla 4: Actores entrevistables	32
Tabla 5: Talleres macrorregionales para informar sobre la Política Sectorial de Salud Intercultural.....	44
Tabla 6: Operacionalización de Interculturalidad Crítica de Fidel Tubino y Adhemir Flores (2020)	56
Tabla 7: Guía de Entrevistas hacia actores de la Política Sectorial de Salud Intercultural	79
Tabla 8: Guía de Entrevista para Oswaldo Salaverry (Ex Director del CENSI.....)	80
Tabla 9: Cuadro Resumen de las Conclusiones.....	81



Índice de Gráficos

Gráfico 1: Línea de Tiempo de la Política Sectorial de Salud Intercultural 39



Introducción

La presente investigación tiene como principal propósito analizar y comprender el proceso de creación de la Política Sectorial de Salud Intercultural, así como también entender el rol de los grupos que estuvieron involucrados directamente en la creación de la misma. Considerando que la salud es un derecho básico y esencial para todo ciudadano, y el hecho que se tome en cuenta la medicina tradicional como una política que tiene que estar normada y regulada, así como también los distintos procesos que se deben considerar para hablar de una política intercultural, tienen como propósito de la presente investigación responder a la pregunta: ¿Cómo fue el proceso de creación de la Política Sectorial de Salud Intercultural?

Este proceso se enmarca en un lugar importante de la historia de las políticas peruanas, debido a que es la primera política a nivel nacional que pasa por Consulta Previa que dura aproximadamente 2 años (2013 – 2014). Pese a las tensiones entre las poblaciones indígenas y el Estado peruano, esta política logra aprobarse, lo que da un preámbulo sobre las formas de trabajo que hubo entre los actores involucrados. Se debe considerar, además, que este proceso se enmarca en una historia del Estado peruano con las poblaciones indígenas que no ha sido positiva, considerando que en los años previos a la Consulta Previa y a la aprobación de esta política, sucedía el “Baguazo” en el 2009. Bagua fue el suceso con más resonancia nacional, debido a los discursos que venían desde funcionarios públicos como el famoso discurso del “perro del hortelano”, que trascendió tanto a nivel público como a nivel institucional (Alayza, 2020).

Sin embargo, esta nueva situación no hizo que se terminasen las tensiones, de hecho, existen otros sucesos los cuales generaron confrontación entre el Estado peruano y las poblaciones indígenas; por ejemplo, Chirif (2010) nos habla de la lucha de los Asháninkas para que se reconozca su papel en el conflicto armado interno. Líneas más adelante, se menciona cómo las poblaciones indígenas antes del año 2009 se encontraban protestando por el agua, recurso el cual es sumamente clave dentro de la cosmovisión indígena y andina, nuevamente manifestándose en contra de petroleras (Chirif, 2010). Esta recurrente falta de reconocimiento de parte del Estado peruano hacia los pueblos indígenas, también se evidencia en este caso, donde la buena voluntad de los funcionarios por sacar adelante una política

intercultural en salud, no fue suficiente para llegar a un entendimiento, las barreras mentales entre los actores del Estado peruano y los dirigentes indígenas que tiene su propia agenda y demandas se hacen evidentes en esta investigación.

Esta relación que tiene el Estado peruano ha variado en el tiempo, Chuecas (2006) comenta por ejemplo, que cuando Velasco Alvarado estaba en el poder, se rebautizan a las comunidades de indígenas por comunidades campesinas. Además, la Ley de Comunidades Nativas y la Ley de Reforma Agraria declaran que los territorios de las comunidades indígenas y nativas cuentan con autonomía tanto en su organización como en sus tierras (Chuecas, 2006). Otro presidente que entendió la titulación de las tierras de las comunidades indígenas fue Paniagua (2001), presidente de transición del gobierno de Fujimori (1995-2000), el cual, considerando las demandas que fueron planteadas por la Asociación Interétnica de Desarrollo de la Selva Peruana (AIDSEP), creó una comisión de alto nivel para tratar los problemas más urgentes de las comunidades indígenas (Chirif & García Hierro, 2007). Esto puede dar una idea de la falta de continuidad estatal de cara a al trato y respeto de autonomía de los pueblos indígenas y acerca de cómo se abarca y tratan institucionalmente los problemas de las comunidades nativas, lo que refleja la poca urgencia y solvencia que el Estado peruano mantiene para resolver problemas que se arrastran de mucho tiempo.

Antes de revisar las distintas situaciones por las cuales se tuvo que pasar para llegar a hablar de políticas interculturales, es necesario tomar en consideración cómo han vivido los pueblos indígenas en el Perú, y como el estado mismo los toma en cuenta. Se puede empezar con la definición que tiene el Ministerio de Cultura respecto a las poblaciones indígenas: “Son colectivos que tienen su origen en tiempos anteriores al Estado y que conservan todas o parte de sus costumbres sociales, económicas y políticas. Además, presentan conciencia colectiva de poseer una identidad indígena u originaria.” (Ministerio de Cultura, 2022). Actualmente, se tiene registro de 55 pueblos indígenas, por lo que la variedad de culturas y perspectivas de vida pueden ser bastante diferentes incluso en un mismo territorio (Ministerio de Cultura, 2022).

Resulta totalmente necesario investigar incluyendo la variable de la interculturalidad en las relaciones entre el Estado peruano y los pueblos indígenas, debido a la importancia que este término refleja para la democracia, más aún en un país tan diverso como el Perú, teniendo 55 pueblos indígenas, 51 de la Amazonía y 4 de los Andes. Creyendo muchas veces que los pueblos indígenas son una minoría, la realidad resulta muy distinta cuando vemos el último censo efectuado en el 2017, donde se demuestra que casi una cuarta parte de la población peruana mayor de 12 años es indígena (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2018b).

Muchas veces confundida por la tolerancia hacia el otro, la interculturalidad nos habla de un contexto en donde el “otro”, deja de verse de esta forma y se llegan a integrar de manera simultánea las culturas que existen en el país. Al contrario, el enfoque teórico de la interculturalidad crítica, planteada por Fidel Tubino y Adhemir Flores (2022), ayudará a que se vea la política en un contexto en donde las experiencias mutuas que se basan en concepciones culturales distintas y que vienen teniendo formas de relacionarse donde se enmarca todo intento de proponer una política real que tome en consideración las necesidades de las poblaciones indígenas en cuanto a salud.

Hablar de la política sectorial de salud intercultural es importante, pues hasta la aprobación de ella, no existía una política que involucrase claramente a la medicina tradicional como forma de atender a las personas (Aliaga, 2014). Más aún cuando se habla de implementar políticas que tienen una ambición que tiene como objetivo agregar la medicina tradicional a la biomedicina y con ello aceptar que ambas están en un mismo plano.

Cuando se buscan fuentes bibliográficas que se refieran a la implementación de políticas con enfoque intercultural lo que observamos mayormente en el ámbito nacional son solo trabajos que plantean este tema desde un enfoque antropológico. Son muy pocos los que hablan acerca de políticas que han sido implementadas, mucho menos con un enfoque de las ciencias políticas. Esto se debería a 3 motivos, el primero sería que a nivel nacional existen pocas leyes que pongan en práctica la interculturalidad como un pilar importante, con lo cual se tiende a asumir que son iguales culturalmente a quienes afecta la ley, cosa que no es del todo cierta.

El segundo motivo se deriva de la observación inicial mencionada, que revela una notable omisión en la incorporación de las poblaciones indígenas y sus problemáticas en el ámbito de las políticas públicas, puesto que se parte del supuesto erróneo que los pueblos indígenas tácitamente están comprendidos en las políticas generales. Esta carencia normativa específica incluyendo a los pueblos indígenas limita la capacidad de las ciencias políticas para generar conocimiento académico relacionado con la interculturalidad, a excepción de la Educación Intercultural Bilingüe y las áreas de estudio vinculadas a territorios protegidos, las cuales lamentablemente cuentan con una cantidad insuficiente de investigaciones.

Y el tercer motivo se debería a que, en el Estado peruano y sus funcionarios públicos, carecen de una consciencia que les permita entender la condición ciudadana de las poblaciones indígenas, usualmente se pone el foco de atención hacia ellas cuando existen tratados internacionales que las abarcan o en coyunturas críticas como lo que sucedió en el “baguazo”. Se tiene referencias anteriores de políticas interculturales, como de Educación Intercultural Bilingüe (Francke, 2017; Trapnell & Neira, 2004; Zavala, 2007), que pone en conocimiento que el Perú tiene experiencias de políticas con pertinencia cultural, por lo que será interesante observar la creación de una política con el mismo objetivo, pero en cuanto a salud.

Es importante poder revisar las políticas nacionales con enfoque intercultural crítico, dado que esto puede interpretarse como un espacio en donde el Estado peruano toma en consideración tanto a las poblaciones indígenas y comunidades andinas que existen en el Perú, generando además visibilidad en la capacidad para generar políticas que involucren diversidad. Pero al mismo tiempo hay que preguntarse: cómo han ocurrido dichos procesos en el Estado peruano y qué se entendió entonces por una práctica de interculturalidad. Es un hecho la deuda histórica que tenemos con dichas poblaciones, ya que siempre han sido puestas en un segundo plano o asumidas como parte del conjunto, sin particularizar su demanda en la agenda política. Además considerar que cuando se ha propuesto el Estado peruano incluirlas ha pesado la tradición anterior que las excluye, al sumarlas sin asumir las diferencias culturales que reclaman como parte de su identidad. La exclusión y relegar a las poblaciones como menos importantes por distintas costumbres, cultura y forma de vivir, han sido situaciones que se viven desde la colonia.

Es necesario entender que los estudios ontológicos que vienen desde la Antropología en donde se estudian a las poblaciones indígenas sirven para tomar en consideración que existen distintas formas de percibir el mundo en cada una de las culturas. Específicamente, Mario Blasser (2019) explica la situación de los Awaj'un y su acercamiento con la naturaleza, en donde ven, por ejemplo, a los ríos como sus hermanos, pues son aquellos seres que les dan de beber. Esta situación se explica en un contexto en donde el conflicto de Bagua se originaba, y si bien es un ejemplo específico de una población indígena, la relación con la naturaleza y el hábitat son igual de importantes. Siendo el Perú un país que tiene como pilares de su economía la industria extractiva, hemos sido testigos de incontables abusos que empresas y hasta el propio estado han realizado a las poblaciones indígenas en el Perú.

Hablar de un enfoque intercultural crítico resulta todo un reto para el análisis, que implica salir de la política declarativa. Significa entender e interiorizar las costumbres y maneras de comprender la vida de una manera totalmente distinta, y a la par tener en cuenta cómo han sido concebidos y tratados por el Estado peruano. Estudiar esta política puede ayudar a romper con el esquema normativo sobre cómo logran intervenir varios actores para la formación de objetivos interculturales. Viendo un panorama general de las políticas dirigidas a las poblaciones indígenas, podemos observar que estas políticas no llegan a ser cumplidas en su totalidad, pues esto significaría romper con ciertos parámetros que se han establecido con anterioridad (el llamado status quo) en el estado y sociedad. Es así que, pese a que se hable en esta investigación de materias interculturales, no se debe confundir que las materias que involucran este tipo de hechos se encuentran resueltas.

Entendiendo que las políticas de salud son relevantes en nuestro país, se tiene que dar aún mayor prioridad a una política con pertinencia cultural, como lo es la Política Sectorial de Salud Intercultural. El análisis de cómo fue que se implementó esta política en la agenda pública, resulta clave para entender otros procesos con enfoque intercultural, pues esta política se encontró dentro de un proceso de Consulta Previa que, durante el año 2013 hasta su finalización en el 2014, y puso a prueba las normativas que ya se tenían anteriormente. Se trata así de un proceso de diálogo en donde participaron varios actores, funcionarios del estado y dirigentes indígenas, que resalta la importancia de ver este proceso, más aún con las situaciones de conflictos que se han vivido con anterioridad. En este sentido, la hipótesis que plantea este

trabajo es que la colaboración ejercida por los pueblos u organizaciones indígenas junto con el Centro Nacional de Salud Intercultural fueron claves para que se aprobara posteriormente la política.

Un vistazo sobre cuales fueron estos procesos con una mirada desde la ciencia política puede generar que esta especialidad pueda enfocarse más con respecto a temas de salud pública. Su relevancia crece teniendo en cuenta el proceso posterior a la COVID-19, donde por ejemplo Apus de varios pueblos indígenas manifestaron su reticencia a la política de vacunación. De allí que se asume que la discusión sobre las reformas de la salud estará bastante vigente para futuras agendas, pero a la par desafiadas por la presencia de actores con otros marcos y demandas culturales. Este estudio puede ayudar a entender esta política, su importancia y las maneras de cómo es posible que un estado sea intercultural o qué tan lejos están los funcionarios y profesionales para realizar políticas interculturales. Posterior al entendimiento de ésta, se podrá analizar y evaluar, ya que las políticas pasan por varios procesos, y la evaluación de ellas servirá para determinar si comprendimos la forma cómo se deben abordar políticas con relevancia cultural.

Para poder construir esta información, se ha procedido a contactar a los principales funcionarios del CENSI, institución la cual estuvo a cargo del proceso de la Política, adscrita al MINSA; además, se contactó con organizaciones indígenas relevantes para el caso, cuyos delegados participaron durante el proceso de Consulta Previa. De esta forma se tendrá información empírica para reconstruir el proceso de creación de la política a revisar.

Capítulo 1: ¿Qué se dice sobre los pueblos indígenas en el Perú?

Es importante revisar qué se ha dicho en cuanto a materia de pueblos indígenas y sobre la salud intercultural en general, dado que la investigación puede discutir con otras investigaciones que traten sobre la interculturalidad y las políticas con pertinencia cultural. No solo ello, también se debe tener un contexto sobre qué se dice sobre las poblaciones indígenas desde el Estado peruano, pues saber la situación de ellos ayudará a que se conozca en qué escalón de importancia se encuentran dichas poblaciones.

1.1. Situación histórica de los pueblos indígenas

El problema que se sigue percibiendo mucho después que los europeos se hayan encontrado con las poblaciones indígenas es esta noción de “colonialismo interno” que nos habla James Tully (2018). El autor se refiere con ello a que se siguen percibiendo diversas estructuras de dominación hacia los pueblos indígenas y sus territorios sin su consentimiento. Adicional a ello, se percibe que el discurso cambiante del Estado se modifica para tener controladas a las poblaciones indígenas, diversas técnicas de manipulación son ejercidas por los Estados para guiar la conducta de estas poblaciones (Tully, 2018).

Se debe tener en cuenta que al momento de que los europeos llegaron a tierras inexploradas habitadas ya por poblaciones indígenas se forma una irrupción del área en donde viven, un desplazamiento político de sus tierras hacia un proceso de soberanía inculcado por aquel grupo que contaba con un arsenal bélico mayoritario (Comisión Económica para América Latina, 2014). A esto también se le sumaban las diferentes enfermedades que la medicina tradicional de los pueblos indígenas no podía enfrentar.

El Perú no es ajeno a esta situación que se ha descrito. Merino (2018) resume la vida de las poblaciones indígenas en que se les otorgaba la posibilidad de encontrarse dentro del proyecto de “nación” que los inicios del Perú republicano estaba logrando hacer, o estar excluidos de esta idea mediante mecanismos legales que hacían de la explotación y abuso sobre ellos legítimo. Se puede dar cuenta que las dinámicas opresoras por parte del Estado peruano siguen vigentes aún luego de pensar en nuevas formas de nación. A ello también se le suma que no se le daba la

posibilidad de que las propias poblaciones indígenas eligiesen por ellos mismos, pues se encontraban sujetos a elegir lo que el gobierno dictaba. Esto debilita enormemente la relación entre el Estado y las poblaciones indígenas, estas últimas queriendo mantener una relación con el primero, pero siempre y cuando se respete la autonomía de sus pueblos y territorios.

Al respecto, Espinosa (2019) nos habla acerca de cómo el interés de las élites políticas y económicas ha formado el pensamiento que la Amazonía tiene recursos y riquezas por ser explotadas. Nos indica también que la relación del Estado peruano con las poblaciones indígenas es de conquista, tanto de sus tierras como por los “recursos naturales”, de forma violenta en cada una de las ocasiones (Espinosa, 2019). Se observa entonces una relación complementaria entre autores que ven el discurso por parte del Estado peruano entre dos realidades: la “oficial”, el cual se encarga de desaparecerlas mediante el imaginario, volverlas invisibles; y por el contrario, la desaparición étnica de las poblaciones por mecanismos más visibles como la religión y la escuela (Acuña, 2015; Espinosa, 2019).

Estos discursos pueden observarse desde los propios ex presidentes que ha tenido el Perú, desde el síndrome del perro del hortelano que Alan García reiteraba, donde ve a la Amazonía como fuente económica que debe ser explotada (García, 2021). Su análogo, el ex presidente Fernando Belaunde Terry en su libro “La conquista del Perú por los peruanos” publicado en 1959, habla acerca del plan de la carretera marginal, que buscaba explotar los recursos de la selva, la cual se refería constantemente como “tierra sin hombres para hombres sin tierras”(Belaunde Terry, 1959). Esta catalogación del “indígena” como salvaje y como opuesto al desarrollo es un discurso que se repite constantemente, más cuando existen conflictos por los recursos.

Sobre esta catalogación de “pueblo indígena”, la socióloga María Isabel Remy (2013) nos explica que este termino fue puesto durante la época de la colonia, para homogeneizar a los “indios” que se encontraban en las tierras, ya que ellos se referían a sí mismos como *chumpiwilkas* o *chankas*. Nos explica además que fue en el gobierno de Velasco en donde la categoría indígena se usa como medida de ampliación de derechos con la Ley de Comunidades Nativas; sin embargo, el término

indígena estaba cargado con una denotación peyorativa, incluso más que en épocas actuales (Remy, 2013).

Sobre este último punto, se nos explica que durante el gobierno de Velasco fue que se dio, siglo y medio después, la primera ley que reconocía a los indígenas amazónicos como sujetos de derecho (Chirif, 2022). Es así que la Ley de Comunidades Nativas y de Promoción Agropecuaria reconocía formalmente la autonomía y los territorios correspondientes a las poblaciones indígenas; sin embargo, se explica también que esta ley únicamente formalizaba los territorios, pues, en principio, estos derechos estaban reconocidos en el Convenio 169 de la OIT de 1989 y la Declaración de las Organizaciones Unidas en el 2007 (Chirif, 2022).

Por su parte, Ludwig Huber (2021) da una perspectiva sobre cómo el Estado peruano ha tomado en consideración a las poblaciones indígenas, utilizando un marco conceptual que se asemeja al que se ha colocado anteriormente. Sin embargo, el punto central de su texto gira alrededor de una crítica que se le hace a la Base de Datos de Pueblos Indígenas (BDPI), creada en el 2013 por encargo al Viceministerio de Interculturalidad para definir quiénes serían el objeto de aplicación de la Ley de Consulta Previa, que fue promulgada en el 2011. En esta, critica el uso de la BDPI para equiparar sociedad con cultura, lo cual perjudica gravemente a las poblaciones indígenas dado que no se llega a definir una identidad indígena propia, si no una homologada que pone a los diferentes pueblos indígenas como un solo sentir:

El resultado del es inevitable: un mapa étnico Perú presentado como multiplicidad de comunidades territoriales, históricamente arraigadas y con un orden sociocultural homogéneo; una imagen del «indio» ruralizado y congelado en el tiempo como ejecutor de rituales de origen prehispánico. (Huber, 2021, p. 51)

El extracto proveniente de Huber (2021) plantea la cuestión acerca de la manera en que el Perú abordaba los temas relacionados con las comunidades indígenas previo al establecimiento de la BDPI, así como también examina la perspectiva institucional con la cual se encaraban los asuntos indígenas antes de la fundación del Viceministerio de Interculturalidad. En este último punto, Gustavo Zambrano y Carlos Alza (2014), explican que la institucionalidad en el Perú sobre asuntos indígenas se ha visto desde hace mucho, desde la creación de la Sección de Asuntos Indígenas dentro del Ministerio de Fomento en el año 1921, pasando por la Secretaría Técnica de Asuntos Indígenas (SETAI) adscrita al Ministerio de la Mujer y

Desarrollo Humano en el año 1998, finalizando con la creación del Viceministerio de Interculturalidad en el año 2009 (Zambrano & Alza, 2014). Si bien existen más instituciones vinculadas a las poblaciones indígenas que han ido cambiando de nivel dentro del Estado peruano, lo importante a resaltar es que el desempeño de dichas instituciones sigue siendo deficiente y no han logrado desarrollarse, siendo este principal característica de las entidades estudiadas (Zambrano & Alza, 2014).

Con lo escrito por los autores sobre la historia de las poblaciones indígenas en el Perú, se puede dar un panorama más definido acerca del por qué es importante estudiar procesos que involucren el enfoque de interculturalismo, dado que se está hablando de participación directa de los pueblos indígenas. Es igual de importante también ver data que nos puedan demostrar cuanta población indígena existe en el Perú, por ello se necesita tener las últimas encuestas donde se tenga registro de poblaciones indígenas, como el último censo que se realizó en el 2017, nominado III Censo de Comunidades Nativas (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2018a).

Como se sabe ya, decir que existen 55 poblaciones indígenas fue usado para homogeneizar a las poblaciones indígenas ante el Estado peruano. De hecho, solo se reconocían como poblaciones indígenas por su lengua materna anteriormente, no se tenía un registro que perciba la identidad indígena hasta que la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) implementó la pregunta en el 2013 sobre identificación étnica a aquellas personas que eran mayores de 14 años (Alcázar, 2019). Adicional a esto, recién en el censo del 2017 se implementó una pregunta de autoidentificación étnica, el cual sirvió para tener con más seguridad cuántas personas pertenecientes a una población indígena tiene el Perú. Así el último censo del 2017 identificó a un total de 25.8% de personas que se autoidentificaban como indígenas mayores de 12 años, esto significa que alrededor de 6 millones de peruanos se identifican como indígenas, cifra considerable al momento de querer plantear decisiones que involucren a todos peruanos (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2018c).

Tabla 1

Los 5 departamentos con mayor concentración poblacional de indígenas, diferenciado entre indígena de la sierra e indígena de la selva

Departamento	Porcentaje de población indígena de los andes	Departamento	Porcentaje de población indígena de los andes
Puno	72.3%	Amazonas	10.4%
Apurímac	69.7%	Ucayali	8.3%
Huancavelica	62.9%	Pasco	3.4%
Ayacucho	62.4%	Loreto	3.2%
Cusco	54.1%	Junín	2.9%

Fuente: Alcázar (2019) en base al Censo del 2017 (INEI, 2018b).

Cuando observamos, por otra parte, la base de datos del III Censo de Comunidades Nativas del 2017 (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2018a) observamos que las regiones con mayor cantidad de comunidades nativas en su territorio son: Loreto (43.2%), Ucayali (14.2%) y Amazonas (13.4%). Este dato indicaría que una comunicación intersectorial para estas zonas sería lo ideal para ver temas de derechos de poblaciones indígenas.

Estas comunidades se encuentran organizadas a nivel local y regional, con presencia en el estado también. Las comunidades se encargan principalmente de “velar por los derechos colectivos de los pueblos indígenas u originarios y cumplir un rol articulador entre la agenda política nacional, las necesidades y la problemática de las comunidades.” (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2018a, p. 28). Se debe tomar en cuenta de este dato que las comunidades nativas se forman en base a las costumbres del pueblo indígena, en ese sentido, la organización no es por cada una de los pueblos indígenas, sino es más bien por la cultura que comparten y pertenecen.

Para analizar el servicio del Estado peruano que compete para esta investigación, se ha tomado en cuenta lo mencionado por el censo de comunidades nativas, el cual indica datos alarmantes. De 2 mil 703 comunidades nativas, solo un 32% cuenta con establecimientos de salud, las cuales van desde postas de salud (que son la mayoría) hasta centros de salud con internamiento (1,7% de las comunidades con establecimientos de salud cuenta con este servicio) (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2018a). Algo que remarcar sobre este último punto es sobre

el programa PIAS, que son embarcaciones que llevan servicios del Estado a comunidades indígenas (El Peruano, 2021). Esto denota justamente lo que se muestra en las estadísticas del INEI, puesto que estas embarcaciones responden a una demanda insatisfecha no solo en salud, sino también en servicios estatales básicos, como el registro civil. Pero al no recoger ni las sugerencias ni las opiniones de miembros de los pueblos indígenas que reciben los servicios, sigue prevaleciendo el enfoque del funcionario público del servicio.

Sobre la medicina tradicional, de todas las comunidades censadas, un 91.5% practica la curación con plantas medicinales, o brebajes, los cuales se usan muy frecuentemente al momento de curar alguna enfermedad. Sobre las enfermedades que presentan los miembros de las comunidades censadas, la mayoría presentaba durante los últimos 12 meses según la encuesta enfermedades que son de mayor frecuencia en zonas de la selva, como la fiebre amarilla, malaria, dengue o uta (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2018a).

Un punto importante de esta encuesta es que fue realizada en su mayoría con permiso del Apu de cada comunidad, es decir, el jefe de cada grupo, puesto que la figura que podía dar certeza sobre lo que sucedía a su comunidad era el Apu. También, esto representa que la entidad que realizó la encuesta tuvo en consideración las jerarquías dentro de su cultura, por lo que diferencia la manera en como realizar censos a nivel de comunidades.

1.2. Políticas públicas y pueblos indígenas

Como se había mencionado anteriormente, las políticas públicas responden a un problema en particular, que requiere una decisión del estado al respecto. Esa sería la definición más simple del término, pero que no ayuda al momento de determinar qué problema es el que se tiene que solucionar. Para Subirats (1992), una política pública va más allá de una decisión, pues implica varias decisiones, y si se quiere entender la decisión detrás de una política, se tiene que comprender que toda elaboración de políticas públicas “Implica decisiones e interacciones entre individuos, grupos e instituciones, decisiones e interacciones influenciadas sin duda por las conductas, las disposiciones del conjunto de individuos, grupos y organizaciones afectadas. Por tanto, no deberíamos estudiar sólo intenciones sino también conductas.” (Subirats, 1992, p. 41). Esto último resulta muy importante para las

políticas públicas, ya que entender las conductas también implica entender por qué actúan de tal manera, llevando a comprender también cuál es la cultura que rodea a ese individuo o ese grupo que se está estudiando.

Otros autores definen la política pública como el resultado de un proceso que resulta de la actividad política, que a través de las instituciones competentes del estado, solucionan o evitan un problema público, y para ello se requieren recursos, planeamientos, proyectos, programas que apunten a un objetivo en específico, en el cual puede o no haber la participación de agentes diferentes a aquellos competentes del Estado (Sanchez, 2016). Este punto resulta interesante analizar, dado que el proceso de formulación de una política pública vista desde la interculturalidad puede tener durante el proceso actores externos, como movimientos indígenas o instituciones fuera del aparato estatal, que canalicen los requerimientos que pueda tener una comunidad en específica.

Por otro lado, Alza (2007) habla acerca de las distintas interacciones que conducen a que el estado tome la decisión sobre un determinado problema social, el cual el resultado de estas decisión sería política pública en sí mismo. Sin embargo, el autor tiene un agregado particular que es pertinente sumar al debate, puesto que las interacciones se hacen con una multiplicidad de actores, lo que resulta en negociaciones, así “la conflictividad y la formulación de las políticas públicas forman parte de un mismo proceso, se constituyen en un punto central para entender la dinámica social y los cursos de acción de la administración estatal.” (Alza, 2007, p. 1). Con ello podemos abordar el tema que el objetivo de la interculturalidad como concepto, no es resolver los problemas históricos que pueden existir al momento de hacer políticas públicas dirigidas a poblaciones indígenas, más bien, se trata de asumir a estas poblaciones, considerándolas como actores que tienen peso en las discusiones políticas.

Con lo anterior, se requiere formular la pregunta ¿la dimensión intercultural debería dirigir el rumbo de la formulación de políticas públicas en su totalidad? Podemos considerar que asumir la dimensión de la interculturalidad en sí respondería a un problema mayor de fondo, el cual tiene que ver con el racismo interiorizado en el Estado al reducir a comunidades enteras como secundarias. De hecho, Zambrano (2023) nos dice algo que puede responder a la pregunta anterior planteada:

Si lo que se diseña y luego implementa está pensado desde lo monocultural, y la realidad es pluricultural, el resultado causal de uno en el otro es que lo que se pensó como un logro de la actividad no se alcance en la realidad, o que el impacto solo se evidencie en los de la misma cultura, o que el fracaso sea la constante debido a que no se consideró lo que la variable cultural puede aportar para su implementación. (Zambrano, 2023, párrafo 3)

Se entiende que entonces que cualquier política en el Perú debería tener interiorizado el enfoque de políticas interculturales, pues se reconoce que el país es pluricultural, que los pueblos indígenas tienen derecho a que las políticas sean dirigidas a ellos también y que sus opiniones sean recogidas. Y no se estaría hablando de “hacerles un favor”, sino del derecho legítimo por residir en el territorio peruano y haber nacido aquí. Se entiende que existen ciertos derechos de carácter exclusivo en donde sí debería existir políticas específicas, pero que estas no sean las únicas políticas dirigidas a las poblaciones indígenas, que tal parece ser que en el Perú no toman en consideración ello.

Solo basta con pensar en las declaraciones de algunos funcionarios ligados al modelo médico occidental, en donde se encuentra muy marcada esta jerarquía por conocimientos, en donde los conocimientos de un médico será la última palabra y que los indígenas no entenderán ni podrán contrarrestar sus ideas porque “no son expertos”. Por ello, es que se debe dar la importancia debida a la interculturalidad, asumiendo la alteridad de los pueblos indígenas, y con la consciencia que ello serían pasos para democratizar al Estado peruano como parte del proceso de cambiar las formas de relacionamiento con los pueblos indígenas. Sin embargo, uno de los problemas que podría afrontar el enfoque de la interculturalidad en el país es que se generen asincronías en las poblaciones indígenas, donde coexisten grupos con una vulnerabilidad similar, o que se generen dificultades para complementar la política intercultural creada con otras que también abarquen situaciones similares (Robles, 2009). Pero está claro, que todo proceso tiene sus condicionamientos y límites, se trata de avanzar a otro punto distinto del que estamos ahora.

Tabla 2

Marco normativo que se vincula a la interculturalidad.

Internacional		<ul style="list-style-type: none"> • Convenio 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales (1993). • Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas (2007). • Declaración Universal de Derechos Humanos (1948) • Declaración sobre la Democracia, los Derechos de los Pueblos Indígenas y la Lucha contra la Pobreza (Declaración de Machu Picchu, 2001) • Carta Andina para la Promoción y Protección de los Derechos Humanos (2002)
Nacional	General	<ul style="list-style-type: none"> • Ley de Creación del Ministerio de Cultura, N°29565. (2010) • Ley del Instituto Nacional de Desarrollo de Pueblos Andinos, Amazónicos y Afroperuanos, N°28495. (2005) • Ley General de Comunidades Campesinas, N°24656. (1987) • Ley para la Protección de Pueblos Indígenas u Originarios en Situación de Aislamiento y en Situación de Contacto Inicial, N° 28736. (2006) • Ley de Incorporación del Componente Étnico en la Ejecución de los Censos de Población y Vivienda, N°27778. (2002) • Ley de Creación de la Comisión Revisora de la Legislación sobre Comunidades Campesinas y Nativas, N°28150. (2003) • Políticas Nacionales de Obligatorio Cumplimiento para las Entidades del Gobierno Nacional (Decreto Supremo 027-2007-PCM).
	Educación	<ul style="list-style-type: none"> • Ley General de Educación, N°28044 (2004) • Ley para la Educación Bilingüe Intercultural, N°27818 (2016)
	Salud	<ul style="list-style-type: none"> • Ley General de Salud, N°26842. (1997) • Resolución Ministerial N°638-2006-Norma Técnica de Salud para la Transversalización de los Enfoques de DD.HH., Equidad de Género e Interculturalidad en Salud. (2006) • Resolución Ministerial N°771-2004-Creación de Estrategia Sanitaria de Salud de Pueblos Indígenas. (2004) • Resolución Ministerial N°195-2005-Aprobación del Plan General de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva. (2005)
	Justicia	<ul style="list-style-type: none"> • Ley Orgánica del Poder Judicial – Decreto Supremo 017-93 (1993). • Código Civil – Decreto Legislativo N°295 • Ley de Rondas Campesinas. N°27908 (1986)
	Mujer y Desarrollo Social	<ul style="list-style-type: none"> • Ley de Igualdad de Oportunidades entre Hombres y Mujeres, N°28983. (2007) • Programa Nacional PIAS (2012)
	Agro y recursos naturales	<ul style="list-style-type: none"> • Ley de Comunidades Nativas y de Desarrollo Agrario de las Regiones de Selva y Ceja de Selva, N°22175. (1978) • Ley Marco de Desarrollo Económico Sector Rural, N°28298. (2004)

		<ul style="list-style-type: none"> • Ley de la Inversión Privada en el Desarrollo de las Actividades Económicas en las Tierras del Territorio Nacional y de las Comunidades Campesinas y Nativas, N°26505. (1995) • Ley General del Ambiente, N°28611. (2005) • Ley Forestal y de Fauna Silvestre, N°27308. (2009) • Ley de Áreas Naturales Protegidas, N°26834 (1997)
--	--	--

Fuente: adaptado de *Interculturalidad y Políticas Públicas: Una agenda al 2016* (Correa, 2011).

Cuando se observa el cuadro 2, podemos darnos una idea de qué políticas tiene en cuenta, de alguna forma, una perspectiva que involucraba a los pueblos indígenas directamente, o que presentan una noción de pertinencia cultural. Resaltando que todas las políticas mencionadas involucran de alguna forma a las poblaciones indígenas desde la perspectiva del Estado peruano, debido a la importancia que significa darle un espacio político que pueda tenerlos en cuenta. Sin embargo, en la mayoría de las políticas anteriormente mencionadas, las poblaciones indígenas no estuvieron involucradas durante el proceso de creación, o sino luego de decretarlas, aunque tuvieron la intención de trabajar con ellos, se quedan en norma. La interculturalidad, en este punto, está bastante presente; sin embargo, la realidad de ejecución de las políticas respecto a las poblaciones indígenas en cuando a su protección y grado del involucramiento del Estado peruano, suele ser menor a lo plasmado en el papel. La brecha de las políticas públicas es significativa cuando de los pueblos indígenas se trata.

Quizás se podría observar, en el lado más legal, que las políticas con enfoque intercultural también concuerdan con la idea de enfoque de políticas basado en la garantía de derechos humanos. Esta indica que “el Estado existe para garantizar, preservar y extender a toda la población tales derechos” (Sánchez & Higuera, 2018). Dicho de otro modo, el enfoque de derechos alude simultáneamente a los tratados internacionales que protegen a las poblaciones indígenas y cuyo cumplimiento viene siendo sugerido a los estados, un ejemplo de ello fue el convenio 169 de la OIT firmado en 1995 y dado recién a conocer en medio del conflicto de Bagua en 2009 donde se disputaba acerca del poder de decisión de los pueblos indígenas sobre sus territorios (Alayza, 2020). En comparación con las políticas con enfoque intercultural, resulta interesante resaltar también la importancia de garantizar los derechos de las poblaciones indígenas que se encuentran afectadas por la inacción del Estado peruano. La ausencia de una dinámica de la interculturalidad activa en el Estado peruano estaría yendo en contra de la democracia del país, puesto que, al no velar

por los derechos humanos de una población históricamente excluida, ella permanece bajo esa condición.

Sobre este último punto y como hemos observado con las investigaciones previas, es una (Bensa & Zambrano, 2019) realidad que el Perú es una nación multiétnica, con una gran diversidad sociocultural y lingüística. Al respecto, en el año 2016 se aprueba el Plan Nacional de Educación Intercultural Bilingüe (EIB por sus siglas), el cual tenía como meta mejorar la educación de niños, niñas, adolescentes, personas adultas quienes pertenezcan a pueblos originarios. Esta iniciativa busca que “cada estudiante construya una identidad desde la afirmación de lo propio y en relación con lo culturalmente distinto, así como el fomento de una convivencia basada en la comunicación, el respeto y el establecimiento de relaciones de complementariedad” (Ministerio de Educación, 2016).

La Educación Intercultural Bilingüe fue un avance importante para el reconocimiento de los pueblos indígenas, que ha implicado también una sinergia entre diversos actores, entre ellos una importante influencia de actores internacionales como USAID y UNICEF (Bensa & Zambrano, 2019). Este hecho demuestra que es posible generar políticas que tengan un enfoque intercultural; no obstante, es necesario observar que la fórmula que se implementó aquí, no debe ser la misma para otras políticas con este mismo enfoque. Un hecho relevante a para observar es también que el Estado peruano, no solamente debe aceptar la normatividad como el elemento final que se ve en una política, sino que debe generar sus propios planes para que ayuden a la mejora y continuidad de las políticas enfocadas en las poblaciones indígenas, de está manera se evita que las políticas sean únicamente declarativas, sino que sean activas también. En este punto, es importante recoger lo que Bensa y Zambrano (2019) escriben sobre lo mencionado:

El Estado no solo debe tener la voluntad de respetar las normas tanto internas como internacionales, sino también crear mecanismos que permitan de manera práctica la realización de actividades que ayuden a alcanzar los objetivos; todo ello en coordinación con los pueblos indígenas, los principales involucrados e interesados.(Bensa & Zambrano, 2019, p. 93)

Hablar de esta política habla de un antecedente importante, porque se observa que las políticas con enfoque intercultural que han nacido en el país se forman con un objetivo el cual parece a primera vista le da una importancia significativa a la pertinencia cultural. Sin embargo, también es importante ver que la EIB ha tenido algunos problemas que pone en riesgo una verdadera política intercultural, como el hecho que algunos de los materiales creados no son creados en la lengua indígena correspondiente (SPDA, 2020).

Según La República (2022), desde el mismo Ministerio de Educación se intentó aprobar una medida que atenta contra el derecho al acceso a una educación que respete la identidad cultural y lingüística. Lo que se buscaba realizar era, desde las Direcciones Regionales de Educación (DRE) recategorizar colegios que forman parte del programa de implementación de la política de EIB para que más profesores pudieran enseñar en estos, sin tener que contar con conocimiento de la lengua originaria ni del pueblo indígena en donde se brinda el servicio público; ello con el objetivo de reducir el déficit existente en lo que respecta a la cantidad de profesores bilingües para este tipo de colegios. Con ello, podemos observar la facilidad con la que se puede vulnerar derechos y políticas con un país que no se encuentra en armonía sobre las metas que tienen hacia las poblaciones indígenas.

Al mismo tiempo, se debe entender que las políticas interculturales enfocadas en un solo aspecto (como la EIB enfocada en educación) no son suficientes para decir que un estado comprende la interculturalidad y reconoce a los pueblos indígenas. Es sumamente necesario entender que para que se reconozcan los derechos de los pueblos indígenas de manera general, diversas instituciones del estado deben estar sensibilizados y entender que las diferentes oficinas y poderes del estado tratan con estas poblaciones. Se requiere considerar varios puntos para el desarrollo de políticas públicas que reconozcan a los pueblos indígenas, desde geográficas hasta las propias capacidades de gestión, todo ello para generar una incorporación realista en el diseño de las políticas públicas (Bensa & Zambrano, 2019).

Para fines de esta investigación, se centra en ver cómo ha sido el proceso de salud intercultural por el cual han pasado las comunidades indígenas. Siendo importante a raíz de ello tener una visión panorámica acerca de los avances sobre esta materia a nivel latinoamericano primero, para después centrarnos en el caso

concreto de Perú. La investigación, si bien tratará sobre salud intercultural en el Perú, necesita conversar con otras perspectivas del mismo tema, pero a nivel latinoamericano, en donde se tiene información al respecto sobre ¿qué se ha hablado al respecto en temas de salud intercultural?

Con este preámbulo podemos ver cómo se ha estado desarrollando el tema de la garantía de los pueblos indígenas en cuestiones de políticas que sean adecuadas para ellos. El enfoque de políticas públicas interculturales resultaría eficaz para el diálogo y para un posible consenso, pues se garantizaría la humanidad de las personas, reconociendo tanto su cultura como respetando la forma cómo piensan y tratando de integrarla con la sociedad. Este enfoque debería ser implementado también en diversas instituciones del país, pero para objeto de esta investigación, se centrará principalmente en la arista de salud. Para poder entender la importancia de garantizar estos derechos y esta participación a las poblaciones indígenas, se debe entender su contexto en el Perú.

1.3. Salud intercultural en América Latina

Los procesos de la interculturalidad empiezan en América Latina, así como también sus usos, que principalmente se caracterizaban para legitimar, defender y de la misma forma empoderar a poblaciones indígenas durante las décadas de 1980 y 1990, año donde se activan los movimientos indígenas y las discusiones a nivel internacional (Menéndez, 2016). El punto central de la salud intercultural es que se articulen tanto la biomedicina (o medicina occidental) con la medicina tradicional, en una relación de complementariedad y no de subordinación ni de hegemonía (Menéndez, 2016; Pérez et al., 2020).

La situación históricamente marginal de las poblaciones indígenas a nivel de Latinoamérica deja entrever que quienes sufren por mayores tasas de mortalidad y cuentan con una menor esperanza de vida, son estos grupos precisamente. La relevancia de estudiar las políticas públicas y la salud intercultural son necesarios para poder entender los procesos a los que se enfrentan estas poblaciones y lo distinto que puede llegar a ser la medicina tradicional con la nuestra. El pensar en una medicina intercultural nos pone el reto de que temas relacionados con enfermedades por emoción (como el mal de ojo o la *chipilez*), los cuales son muy comunes en este tipo

de comunidades, tenga relación con la medicina occidental y se puedan vincular (Menéndez, 2018).

Para el caso mexicano, el autor Eduardo Menéndez (2016) nos habla que los conceptos que fueron impulsados por los movimientos étnicos que existen en el país los que llevaron a hablar de temas de salud intercultural eventualmente. Algunos profesionales junto con instituciones como el Instituto Nacional Indigenista (INI) dieron pase a una extensión de la cobertura de salud, así como proponer nuevas actividades para la salud intercultural del país (Menéndez, 2016). Sin embargo, y como lo resalta el autor, este tipo de intervenciones en cuanto a la salud intercultural fue hecha por instituciones y funcionarios externos a este tipo de situaciones, y no fueron tomados los movimientos étnicos que en un principio habían demandado esto (Menéndez, 2016).

El caso de la implementación de la salud intercultural en México estuvo lleno de limitaciones, dado que no tomaron en cuenta la perspectiva de desigualdad que existe en el país, así como también pensar que solo existía una etnicidad, cuando en realidad existe una variedad considerable de poblaciones indígenas, del cual se podría hablar como una multiethnicidad. Si bien el objetivo fue la implementación de la salud intercultural “para ello se necesita saber cuáles son las principales limitaciones que existen para lograr los objetivos, cuáles son las fuerzas sociales que apoyan, y también, las que se oponen” (Menéndez, 2016, p. 110).

La propuesta de una salud intercultural que considere de manera conjunta la biomedicina con la medicina tradicional suele ser un poco paradójica al mismo tiempo. La biomedicina trata de separarse de distintos conocimientos, pues los que practican esta medicina creen que sus conocimientos son distintos de la religión, algo que colisiona directamente con el pensamiento de una medicina tradicional (Hahn & Kleinman, 1983).

El caso chileno, a diferencia del caso mexicano, tuvo algunas particularidades que también hay que considerar. En Chile la salud intercultural fue institucionalizada por el Ministerio de Salud en 1996, parte del programa especial de salud para los pueblos indígenas (Pérez et al., 2020). A raíz de ello, entre los años 2003 y 2006 se implementa la Política de Salud y Pueblos Indígenas, en donde hubo la participación de representantes de los pueblos indígenas que son reconocidos en Chile (9 en total).

Si se observa la política y la forma en cómo fue diseñada, se puede apreciar que cumple con los parámetros con los cuales México no pudo, como el reconocimiento de otras etnias, y no reconocer que existe solo una en el país; sin embargo, existen otros problemas de índole estructural que ponen en amenaza dichas soluciones.

En Chile existe un discurso de tolerancia, el cual va relacionado con las políticas de interculturalidad que tratan de proteger, pero al mismo tiempo, existe discriminación y desigualdades que se pueden observar en el discurso diario de las personas (Pérez et al., 2020). Esto refleja que no solo basta que desde las instituciones se reconozca normativamente la salud intercultural o las políticas interculturales en general, se trata de un problema mucho más profundo que escala a nivel estructural, dado que el racismo interiorizado de los discursos cotidianos son un impedimento para el desarrollo pleno y protección de las poblaciones indígenas. Pese a este problema, la política intercultural en salud chilena se implementa en el Programa Mapuche, posteriormente pasa a ser el Programa Especial de Salud de Pueblos Indígenas (PESPI), y a comienzos de la década del 2000 surge el “Programa Orígenes”, que tiene como finalidad ver temas interculturales en cuanto a salud (Poblete & Goldstein, 2019).

La visibilización de los derechos indígenas en Colombia está escrita en su constitución de 1991, lo que genera que el Estado reconozca y proteja a las poblaciones indígenas, que, para el 2018, reconocía a 82 pueblos (Aguilar Peña et al., 2020). Así, la salud intercultural en este país cuenta con una cobertura vista por el Sistema General de Seguridad Social en Salud, la población indígena es la más afectada, esto se debe a que existen dificultades como las diferencias de idioma y la falta de armonización entre el sistema de salud tradicional con la salud occidental (Aguilar Peña et al., 2020). Así, se demuestra que, si bien existe la cobertura para que la población indígena se atienda, esta atención no denota un carácter intercultural, pues sigue existiendo una brecha marcada en cuanto al idioma y el entendimiento de su cosmovisión.

Desde la experiencia boliviana, Susana Ramírez en el 2011 nos habla acerca de cómo Bolivia fue adaptando el concepto de interculturalidad desde las Naciones Unidas, en donde a través del Foro Permanente para los Pueblos Indígenas se adopta este concepto, y posteriormente se incorpora también el área de salud para trabajar

en forma intercultural (Millán, 2011). La noción de salud se incorpora como parte de esta nueva interpretación, y si bien hay un supuesto reconocimiento de la medicina indígena dentro de la biomedicina moderna, donde aún predomina esta última, el problema en Bolivia se centra en la falta de servicio de salud en las zonas donde viven los pueblos indígenas más alejados (Millán, 2011). Si bien se puede observar un avance significativo pues se inserta la medicina indígena en lo cotidiano, se puede observar que persisten lógicas subalternas dentro del mismo sistema.

Como observamos, la dificultad de provisionar a los países con un sistema de salud que incluya la visión tradicional de los pueblos indígenas es un problema que se reproduce en varios países de la región, con excepciones como las de Bolivia, pero que aún no se maneja de una manera orgánica. Brindar servicios con pertinencia cultural es un reto, por más institucionalizada que esté en la política, debido a que los problemas a los que se enfrentan las poblaciones indígenas vienen desde un racismo interiorizado en los discursos políticos.

Sin embargo, tampoco hay que caer en la lógica que el estado no ha avanzado nada sobre su relación con los pueblos indígenas, de hecho existieron diálogos entre ambas partes cuando durante los procesos de titulación de tierras en la década de 1970 en el Perú, lo que posibilitó que las comunidades indígenas sigan existiendo y eviten posibles agresiones y daños irreversibles (Chirif & García Hierro, 2007). El empoderamiento ficticio que se intenta otorgar a los representantes de las comunidades indígenas por parte de los estados suele arrastrar problemas históricos (territorios: titulación y autonomía, reconocimiento, conflictos) que no generan confianza durante el proceso y se llega a minimizar a los pueblos indígenas. Al mismo tiempo, no son escuchados al momento de decidir sobre las políticas públicas que van dirigidas a ellos, como se ha visto en los ejemplos anteriores y en general en América Latina, lo que genera una ironía sobre quién hace la política y hacia quién está dirigida.

Con todo ello se puede plantear la pregunta ¿cómo está Perú en materia de salud intercultural? Se han revisado algunas políticas que ven temas de salud en páginas anteriores, pero el Perú ha pasado por un proceso amplio, el cual involucró la intervención del mecanismo de Consulta Previa para formar una política de salud intercultural específica para el país y las necesidades que tienen las poblaciones indígenas.

Capítulo 2: Marco teórico

El concepto de interculturalismo puede ser entendido desde muchas disciplinas. Resulta un reto poder tener una definición clara, pues ha sido motivo de debate entre las ciencias sociales, pero si se empieza por una definición que abarque las condiciones mínimas para hablar de interculturalismo, esta sería el de prácticas culturales que permitan la interacción de grupos de personas, no solo que les permita coexistir ni ser tolerados, si no de prácticas que permitan alcanzar respeto, convivencia y sobre todo diálogo entre distintas culturas (Antonsich, 2016; Barabas, 2014; Cruz Rodríguez, 2013). En el Perú esto resulta un verdadero reto, dado que las lógicas dualistas de conquistador y conquistado siguen vigentes, que llegan a subalternar a ciertas culturas que se consideran inferiores (Tubino, 2016).

Este término no debe ser confundido con otros paradigmas, como la pluriculturalidad el multiculturalismo, pues son términos que se han generado en contextos distintos. El interculturalismo por su parte fue un término acuñado en Latinoamérica debido a la falta del multiculturalismo de identificar más allá de temas de tolerancia hacia otras culturas, dado que esta segunda se articuló al modelo neoliberal que tenía la región (Cruz Rodríguez, 2013).

Sin embargo, resulta útil poder comprender qué temas quería abarcar el multiculturalismo, principalmente usado y definido por Will Kymlicka (1997) desde su enfoque liberal. Él entendía que los grupos marcados por condiciones culturales propias o distintas, viven en situaciones que merecen la protección del Estado, esto con la importancia que de hacer que estos individuos sean autónomos. De esta manera, el teórico canadiense otorga una diferenciación de derechos humanos, particular para un grupo minoritario, el cual debían ser protegidos por, lo que él teoriza, derechos diferenciados en función al grupo: derechos de Autogobierno; derechos Poliétnicos; y, derechos especiales de representación (Kymlicka, 1997). El primer grupo de derechos se puede entender como la posibilidad de estos grupos minoritarios a que tengan jurisdicción sobre su territorio, para que de esta manera se asegure el libre desarrollo de sus culturas. Esto se vincula con el problema actual latente que tienen los pueblos indígenas como la defensa de sus tierras. El segundo grupo de derechos debe entenderse ayuda a estos grupos minoritarios a que puedan expresar su orgullo cultural sin obstáculos; es decir, que puedan sentirse libres con la identidad

cultural que tengan. Finalmente, el último grupo de derechos que Kymlicka (1997) menciona son los derechos especiales de representación, el cual indica que deben existir espacios políticos que deban incluir a las minorías étnicas para contrarrestar la falta de participación política.

Este primer vistazo a la teoría multicultural de Kymlicka nos permite distinguir ciertas debilidades en cuanto a la teoría que el autor tenía, puesto que basa principalmente sus argumentos en tolerancia y apoyo hacia las poblaciones indígenas. Esto se debe a que el autor tenía una perspectiva liberal bastante marcada que se puede observar en sus textos sobre multiculturalidad. Por ello es que plantea crear instituciones (derechos) que velen por la defensa de la autonomía de las poblaciones individuos el cual pertenecían a un espectro cultural minoritario. Cuando esto se traslada a un vistazo latinoamericano, la realidad de mayorías sobre minorías se modifican sobre culturas dominantes sobre las culturas subalternas o dominadas (Cruz Rodríguez, 2013) y la idea de tolerancia y apoyo que se planteaba era bien difusa en América Latina.

Por otro lado, pensar en términos de interculturalismo no solo deja de lado la idea de solo apoyar a las minorías, dado que se enfoca en un proceso de interacción que unen y definen a las personas individuales con otro grupo, pero que al mismo tiempo estas acciones cotidianas se relacionen (Antonsich, 2016). A diferencia de la visión liberal de Kymlicka, quien observa la coexistencia como visiones separadas, pero a la par, de respeto mutuo entre el Estado y el sujeto, dado que el propio Estado debe garantizar libertades humanas, pero tampoco intervenir mucho. El interculturalismo trata de agregar estas visiones, pero no solo se basa en respetar a las poblaciones indígenas, se trata de incorporar y adaptar las leyes en base a una visión que si tome en cuenta sus culturas.

Los conceptos de Antonsich y Cruz Rodríguez son claros en la manera cómo se define la cultura para ellos. Distinto a entender la cultura como gustos musicales o temas más generales como costumbres, la definición que tienen estos enfoques sobre cultura va más allá de ello: “Una cultura es un conjunto de formas y modos adquiridos de concebir el mundo, de pensar, de hablar, de expresarse, percibir, comportarse, organizarse socialmente, comunicarse, sentir y valorarse a uno mismo en cuanto individuo y en cuanto a grupo” (Heise et al., 1994, p. 1). Se comprende así que la

cultura de los pueblos indígenas no solo se basa en temas como vestimenta o costumbres, si no en su identidad que implica su visión y sentimiento en su territorio, su relación con el otro, su historia.

Otro error al momento de pensar en cultura es creer que las culturas son estáticas. Estas se encuentran en constante cambio, permitiendo así el enriquecimiento mutuo de estas, las culturas se adaptan dependiendo de los contextos, pues el contacto, la interacción que tienen con otras cultura permite su cambio (Heise et al., 1994; Pinxten, 1997). Resulta intrínseco de las culturas el constante cambio, algo que incluso podemos experimentar en nuestra sociedad. El proceso para entender a las culturas características de las poblaciones indígenas, entendiendo que esto va más allá de simples costumbres, será completamente necesario para la formulación de políticas con pertinencia cultural, o, dicho de otra manera, políticas con enfoque intercultural.

2.1 Enfoque de políticas interculturales (o con pertinencia cultural)

Cuando se habla de políticas públicas, lo primero que se tiene que pensar es qué problemática resolvería dicha política. Cuando un estado implementa una política, ésta se vuelve un indicador de que problemas prioriza en la agenda pública y que alcance tienen. Se habla de que una política se vuelve la forma de relacionarse entre el estado (peruano en este caso) y los ciudadanos. Es importante al momento de realizar políticas públicas, en pensar cuál es la población con la que se quiere establecer relaciones, cuál es el problema público que se quiere resolver, por lo que pensar en diversas perspectivas (como en la condición en la que se encuentra esa población, cultura, forma de ver el mundo) antes de realizarla: “Pensar en la solución de los conflictos entre diversas partes exclusivamente a partir de una perspectiva única (de una sola manera de solventar el problema), es arriesgarse a trabajar de forma errónea y al tiempo ineficaz, puesto que ya no se ve el problema en sí sino sólo esa única vía de solución.” (Pinxten, 1997, p. 47).

Para que se pueda observar con mayor detenimiento la importancia de tener un enfoque intercultural especialmente en políticas, se puede observar el cuadro realizado por la Cooperación Alemana al Desarrollo (2013) el cual ayuda a comprender las diferencias de las distintas maneras de abordar las relaciones con las culturas, dándole un mayor énfasis a la interculturalidad.

Tabla 3

Maneras de abordar las relaciones entre las culturas

Abordaje	Multiculturalismo	Pluralismo Cultural	Interculturalidad
Reconocimiento de las diferencias culturales	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.
Manera de ver las asimetrías e injusticias	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
Políticas para promover los derechos de los grupos culturales	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.
Modelo de Estado	Estado monocultural.	Estado pluricultural.	Estado pluricultural.
Tipo de relación que se promueve entre las culturas	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: Programa Buen Gobierno y Reforma del Estado - Cooperación Alemana al Desarrollo.

Con este vistazo más general, queda claro que enfocar las políticas interculturalmente conlleva varios caminos por un lado y por otro ayuda no solo a que el estado tenga una mayor visión respecto a las políticas que tiene que abordar, también contribuye a que la agenda política tenga sentido para las poblaciones indígenas, que la dinámica estatal no los excluya y que se piense esto transversalmente a las políticas públicas, pues forman parte del territorio nacional. Es común pensar que todos pertenecemos al estado, pero al momento de pensar en las comunidades indígenas y campesinas que han sido relegadas a segundo plano históricamente, suele tener mayor importancia construir un país con políticas que

tengan un enfoque intercultural, teniendo en consideración que estas poblaciones, además, pertenecen al territorio desde antes de la República. Condiciones mínimas de respeto y coexistencia forman parte de pensar en las políticas públicas con enfoque intercultural.

Tiene sentido así que organizaciones internacionales recomienden la interculturalidad, como la Cooperación Alemana al Desarrollo, o hasta las propias Naciones Unidas. Se trata así, de un modelo de estado que puede generar grandes posibilidades de mejora en cuanto a la comunicación y convivencia, dado que puede responder a las desigualdades económicas, así como también la brecha que existe sociopolíticamente (Correa, 2011). Sobre las estadísticas de esta brecha en cuanto a poblaciones indígenas, se observarán más adelante.

Darle un enfoque de interculturalidad a las políticas públicas es muy importante, porque permite dar un paso para conseguir igualdad de trato dentro de los estados, se podría hablar de igualdad de oportunidades, como también igualdad en las garantías de derechos humanos (Correa, 2011). Además de ello, Correa (2011) nos indica lo siguiente: “[El enfoque intercultural] Contribuye a mejorar la calidad, accesibilidad y pertinencia cultural de los servicios públicos esenciales para el desarrollo humano. [...] Fortalece los sistemas de gestión de conflictos, reforzando la importancia estratégica del diálogo entre las partes involucradas.” (Correa, 2011, p. 19).

Sin embargo, el enfoque intercultural no significa la respuesta final a tener un consenso total entre el estado y las poblaciones, ni que se deba seguir de manera exhaustiva lo que se dice en los textos. Se debe recordar que el diálogo no siempre lleva al consenso, y en una democracia, esto siempre está ligado al conflicto, más aún cuando hablamos de temas de poblaciones indígenas, debido a la deuda histórica y sobre todo la cantidad de daño que se ha causado en estas comunidades. Los problemas que causa el no entendimiento de una cultura pueden no solucionarse con este enfoque, que comprende la importancia de la cultura, dado que estos problemas pueden ser generados por situaciones como la desigualdad o prioridades en la agenda en cuando a lo social, económico y político (Correa, 2011).

Al mismo tiempo, el enfoque de interculturalidad puede ser un problema si se piensa que existe una definición exacta, Fonet-Betancourt (2002) explica que para

que haya una definición, esta debe delimitarse; y, debido a la cantidad de culturas que tenemos en Latinoamérica, adicionando a ello los diversos procesos políticos que ha vivido la región (diferentes unas con otras), la definición sobre cómo debe abarcarse el interculturalismo suele ser complejizarse aún más. Dependerá de una serie de factores históricos, políticos, sociales y culturales que defina cada país. De lo que sí se puede hablar son de definiciones amplias que pueden ser partes mínimas para la integración de enfoques interculturales.

Cuando se habla específicamente del ámbito peruano, nos encontramos que el país alberga una multiplicidad cultural, producto de un proceso histórico largo, en la cual se involucraron sucesiones de grupos humanos por el tiempo (Ministerio de Cultura, 2013). Si se retoma nuevamente la discusión del por qué no podría hablarse de multiculturalismo en el Perú, la respuesta más simple sería que no existe un único grupo minoritario, el cual abarque todas las culturas que existen. Es por eso que hablar en términos interculturales, en especial para las políticas públicas, resulta ser lo mejor, adicionando a que se tendría que observar específicamente el contexto peruano para implementar mejores políticas en cada caso.

El verdadero reconocimiento de las poblaciones indígenas y el poder entender sus culturas para la formulación de políticas que tengan relevancia en la pertinencia cultural, resulta un factor que cada vez más se está dando a conocer al resto de peruanos, en especial luego de los conflictos mediatizados como lo ocurrido en Bagua, donde se genera conciencia sobre la necesidad de políticas sociales. Incluso, hablar de que existen políticas dirigidas especialmente a poblaciones indígenas también dice mucho respecto a la forma en cómo el Estado peruano concentra a las poblaciones indígenas y las considera como un otro. Existen, además, diversas políticas que se han llegado a formar que garantizarían políticas para las poblaciones indígenas, las cuales serán explicadas a continuación.

2.2 Dimensiones de la interculturalidad desde diferentes perspectivas

Hablar sobre perspectivas de interculturalidad ayudará a la investigación para entender cómo entienden los diversos actores el concepto de interculturalidad, lo cual facilitará comprender la importancia de ver políticas con pertinencia cultural. Específicamente, se hablará sobre los actores quienes se ven enteramente

involucrados al concepto: el estado y las poblaciones indígenas. Además, se agregará la perspectiva académica, la cual ayudará a comprender la línea de la presente investigación.

Con respecto a la perspectiva estatal, es necesario revisar la Política Nacional para la Transversalización del Enfoque Intercultural, presentada por el Ministerio de Cultura (Ministerio de Cultura, 2015). En este documento se presentan concepciones del enfoque intercultural, el cual definen como:

El Enfoque Intercultural implica que el Estado valore e incorpore las diferentes visiones culturales, concepciones de bienestar y desarrollo de los diversos grupos étnico-culturales para la generación de servicios con pertinencia cultural, la promoción de una ciudadanía intercultural basada en el diálogo y la atención diferenciada a los pueblos indígenas y la población afroperuana. (Ministerio de Cultura, 2015, p. 6)

Como se puede observar, el enfoque intercultural para el Estado peruano consiste en incorporar las diferentes culturas que existen para la promoción de una ciudadanía intercultural, lo que se puede definir mejor en que buscan promover el diálogo para una mayor democracia, que involucre a todas las personas de la nación. Sin embargo, “para los pueblos indígenas la interculturalidad viene a ser nuevamente un concepto abstracto y ajeno a su propia realidad [...]” (Samano, 2007, p. 11).

La situación con los pueblos indígenas puede ser un poco más complicada, dado que la definición de interculturalidad puede no ser compartida por ellos, pues implicaría compartir su cultura con una sociedad que históricamente les ha hecho mucho daño. Hay otras definiciones de interculturalismo para los pueblos indígenas que se asemejan a lo que el estado quiere, Teodosio Benites (2012) explica que la interculturalidad implica involucrar todos los aspectos de la cultura, aprender de otras culturas y enseñar la cultura misma, lo que esto permitiría reconocer la visión política de la misma, que implica también una lucha por construir la comunidad más unida.

2.3 Un enfoque distinto: La Interculturalidad Crítica

Las definiciones previas mencionadas sirven para dar un contexto de las distintas miradas que existen incluso en los actores involucrados en lo que respecta de la interculturalidad. Esta investigación cree necesario tener una visión alternativa que viene desde la academia, la cual nos daría los conceptos para poder operacionalizar la interculturalidad y saber cómo se debería trabajar en la formación

de políticas. Fidel Tubino y Adhemir Flores (2020) nos presentan así el concepto de interculturalidad crítica.

La interculturalidad crítica planteada es un proceso que implica generar condiciones de justicia generadas por asimetrías sociales, las cuales se encuentran muy presentes en la historia del país, así, el concepto de interculturalidad se vuelve “una praxis de justicia y democratización” (Tubino & Flores, 2020, p. 169). Los autores hablan de que operacionalizar el concepto de interculturalidad resulta necesario, pues es una forma necesaria de ética y política, así como también sustituir las formas de dominación que se encuentran en las estructuras de las sociedades para remplazarlo por un enfoque de mutuo reconocimiento (Tubino & Flores, 2020).

Para esta investigación se hará uso de la operacionalización planteada por Tubino y Flores (2020) el cual menciona criterios mínimos para poder hablar de interculturalidad crítica:

- La comprensión crítica de los espacios socioculturales y ecológicos complejos en los que intervienen los programas o proyectos;
- La identificación de los estigmas y los estereotipos por fenotipo, cultura, género y lugar de procedencia que impiden el acceso a oportunidades y servicios en condiciones de equidad y el fomento del reconocimiento intercultural;
- La pertinencia cultural de los programas o proyectos de acuerdo con las exigencias y las posibilidades de cada contexto;
- El grado de exclusión política externa e interna, y el fomento de la participación política de la población en los programas o proyectos, mediante el diálogo o la deliberación intercultural. (Tubino & Flores, 2020, p. 177)

Revisar las políticas que van dirigidas a las poblaciones indígenas o que tengan relación con diversas culturas, debería partir de una revisión con una mirada crítica, debido a los constantes errores que se han establecido para tratar con políticas con pueblos indígenas. Así al utilizar la visión de la interculturalidad crítica se podrá enfocar en las falencias en las que habría podido caer el proceso que llevó a la creación de la Política Sectorial de Salud Intercultural.

Capítulo 3: Diseño Metodológico

La siguiente investigación es de tipo observacional descriptiva: un estudio de caso cuyo objeto de estudio es analizar la creación de la Política Sectorial de Salud Intercultural. Principalmente se ve en este caso la forma en cómo el proyecto de hacer una política se transformó durante la etapa de Consulta Previa, así como también la forma en cómo participaron los diversos actores (funcionarios, representantes indígenas, académicos, cooperación internacional, etc) que dieron creación a esta política. De esta manera, la principal pregunta de investigación es ¿cómo fue el proceso de creación de la Política Sectorial de Salud Intercultural? Además, se contestará a la pregunta de ¿cuáles fueron las principales dificultades que se discutieron durante la Consulta Previa de la Política Sectorial de Salud Intercultural.

Las preguntas anteriores darán un buen aterrizaje a la construcción del proceso de creación de la política, realizando una descripción detallada sobre el proceso. Adicionalmente, en relación con el marco teórico en cuestión, se analizará la manera en cómo fue creada la política una vez se tenga la descripción de los hechos según la teoría de interculturalidad crítica de Tubino y Flores (2020). La pregunta realizar será la siguiente: ¿Tiene pertinencia cultural la Política Sectorial de Salud Intercultural? Esta pregunta responderá el aporte central de esta investigación, pues el carácter crítico del marco teórico ayudará a considerar si la política en cuestión es útil y responde a un contexto de necesidad de las poblaciones indígenas.

El estudio es de corte cualitativo, se usa el método de process tracing para probar las hipótesis de esta investigación, y que ayuda a rastrear las distintas etapas del proceso de Consulta Previa que vivió esta política. De esta forma, se adentra más en la política, reconstruyendo los hechos para posteriormente poner a prueba la teoría de la interculturalidad crítica. Es así que la investigación tiene una parte descriptiva, que abarcará el proceso de creación de la Política Sectorial de Salud Intercultural y un proceso explicativo, que pondrá a prueba la interculturalidad de la misma.

Para el recojo de información, se realizó una revisión de fuentes secundarias referentes al tema, específicamente observar los documentos que han salido de la Consulta Previa, como es el plan de acción, y el acta de consulta previa de la política misma. Adicional a ello, se observaron documentos realizados por la Defensoría del Pueblo, como la Acción de Amparo realizada en el 2016, posterior a la consulta previa;

además, el informe de defensoría 169 (2015). Se cuenta con entrevistas semiestructuradas a distintos actores que participaron en la creación de la política. Se adjunta la guía de entrevista en el Anexo A.

Tabla 4

Actores entrevistables

Nombre	Cargo
Dulce Morán	Asesora de la Defensoría del Pueblo del Programa de Pueblos Indígenas
Carmen Yon	Investigadora especializada en temas de salud intercultural en la amazonia y en los andes
Oswaldo Salaverry	Director del CENSI durante el proceso de Consulta Previa
Alfredo Rodríguez	Delegado Alterno de AIDSESEP durante el proceso de Consulta Previa
Gladis Vila	Delegada alterna de ONAMIAP durante el proceso de Consulta Previa
Juan Reátegui	Consultor del Viceministerio de Interculturalidad durante la Consulta Previa

Fuente: Elaboración propia

Respecto a las primeras 2 entrevistas exploratorias, ellas han permitido ahondar más en el proceso de creación de la política. En el caso de Dulce Morán, ella explica principalmente la importancia del proceso de consulta previa que tuvo esta política, debido a que fue la primera vez que se incluía a nivel nacional a las poblaciones indígenas para que formen parte de la Consulta Previa, pues no se estaba consultando un hecho en específico, sino una política con una normativa que abarcaría a todo el sector salud. Y la entrevista exploratoria a Carmen Yon sirvió para entender las distintas perspectivas que tiene la salud intercultural, desde el estado y de los propios pueblos indígenas. Ella participó como asesora dentro del proceso de Consulta Previa, por lo que su experiencia es muy enriquecedora para el trabajo.

Sobre los médicos Juan Reátegui y Oswaldo Salaverry, su participación es sumamente importante porque son actores estatales que estuvieron directamente involucrados en la creación de la Política Sectorial de Salud Intercultural. Las entrevistas que se realicen a estos actores será un punto de partida para reconstruir

el proceso de creación de la política, así como también entender desde una perspectiva estatal cómo se vio la política en su momento.

Los actores de las organizaciones indígenas son igual de importantes debido a que son ellos el objeto de la política. Se podrán ver sus perspectivas, sus dudas, sus conocimientos de la política y su participación de la misma. Entender que si fue un proceso intercultural su participación debió ser sumamente importante, y más aún cuando se habla de una Consulta Previa que se realizó a nivel nacional con los actores indígenas. Se observará, además, la información que cada una de las organizaciones involucradas maneja, pues de esa manera se analizarán las dificultades con las que avanzó la política.

Las entrevistas realizadas en base a la guía de entrevistas propuesta se recogerán, analizarán y colocarán en una matriz que abarcará a los actores, como el objeto específico de la pregunta. De esta manera se podrán comparar de una manera visual y fácil las distintas perspectivas de los actores, lo que ayudará a entender de cada uno cómo fue la creación de esta política. La reconstrucción de los hechos estará compuesta por la cantidad de información que se pueda generar de las entrevistas como de la información recogida a través de documentos que abarquen la Política Sectorial de Salud Intercultural. El estudio de la creación de esta política se enmarca en un proceso de recuperación de la visión “indígena” sobre procesos de salud. Observar esta política permite entender más a fondo cómo trabaja el Perú temas de interculturalidad teniendo en cuenta la diversidad de culturas que tenemos.

3.1. Hipótesis

A partir de la formulación de las preguntas de investigación, se plantean tres hipótesis que constituirán el eje central de este estudio. Las dos primeras hipótesis se caracterizarán por su naturaleza descriptiva, mientras que la tercera adoptará un enfoque explicativo, con el propósito de profundizar en la discusión teórica en torno a la interculturalidad crítica. En primer lugar, se postula que la creación de la Política Sectorial de Salud Intercultural fue impulsada por la presión ejercida por diversos actores, entre los cuales se destacan: (i) el Centro Nacional de Salud Intercultural (CENSI), (ii) la Defensoría del Pueblo y (iii) organizaciones indígenas. La investigación se centrará en analizar la participación de cada uno de estos actores, destacando especialmente el papel de las organizaciones indígenas, con la probabilidad de que la

Defensoría del Pueblo haya desempeñado un papel destacado, como es común en propuestas relacionadas con cuestiones indígenas. Además, se explorará la posibilidad de que el CENSI haya presentado obstáculos durante la discusión en la fase de Consulta Previa.

En cuanto a la segunda hipótesis, se plantea que surgieron desafíos derivados de la falta de entendimiento entre las organizaciones indígenas y el CENSI, especialmente en lo que respecta a cuestiones relacionadas con la medicina indígena y las jerarquías en el proceso. Esta hipótesis no solo se enfocará en describir el proceso de creación de la política, sino que también abordará los temas discutidos y las dinámicas que caracterizaron el desarrollo tanto de las organizaciones indígenas como del CENSI. Este enfoque proporcionará un componente descriptivo fundamental para la narrativa de la investigación. Ambas hipótesis son de suma relevancia, ya que constituyen un preludio esencial para el análisis central de la investigación, que comprenderá el marco teórico de la interculturalidad crítica.

La última hipótesis sostiene que la Política Sectorial de Salud Intercultural no responde a una necesidad directa de las poblaciones indígenas, por lo que no podría ser pertinente culturalmente. Esto se menciona debido a la observación que se hace en el tiempo en que se demora en aprobar la política en cuestión. Si a simple vista se tuvo que esperar 2 años para que se aprobara la política una vez firmada por los organismos que formaron parte de la misma, y posteriormente no se llegó a cumplir con una planificación ni implementación de la política. Esto respondería a que no hay ni hubo un interés genuino sobre esta normativa. Esta hipótesis responde directamente a la pregunta de investigación sobre la pertinencia cultural de la política investigada, y para poder abarcarla se usará el concepto de interculturalidad crítica planteada por Adhemir Flores y Fidel Tubino.

Capítulo 4: La Política Sectorial de Salud Intercultural

En este capítulo se abordará cómo fue el proceso de la política sectorial de salud intercultural, abarcando lo que dice la normativa sobre la política misma. Lo interesante de la política en general es cómo se diseñó y cómo fue el proceso durante la formación de la política hasta su aprobación en el año 2016. Luego de describir lo que dice la norma sobre la política, se pasará a estructurar el proceso de la misma durante el diseño, recogiendo las entrevistas que se ha realizado para el presente estudio y recogiendo también los documentos de la Consulta Previa que se publicaron al término de la política. Luego, se detallarán los hallazgos de las dificultades y obstáculos que se han observado para la realización de esta política.

Como se ha podido observar hasta el momento de la investigación, el Perú cuenta con poblaciones indígenas que cuentan con su propia cosmovisión, ello también abarca cómo es que se puede generar la cura (o la salud misma) para ellos mismos. La salud indígena es una realidad en el país y existen personas que describen sus enfermedades a través de sus sentimientos y creencias, los cuales no están explícitos en la medicina occidental como se conoce. Para este punto, es primordial recoger un fragmento de un fragmento de una conversación mantenida con el líder de la comunidad de Laupay, ubicada en la región de Ayacucho.

Los gentiles enferman, por eso les dicen a los niños que cuando pasan cerca de sus cuevitas tienen que saludarlos, con respeto, si no les puede dar una enfermedad a los huesos. También se les tiene que hacer paga apu. También uno se puede enfermar con los puquiales y las piedras, tienen espíritu. Las enfermeras de la posta no entienden eso, dicen que eso 'es costumbre', que no es nada, pero ellos [los doctores] no saben curar eso, los niños se ponen mal hasta que se mueren, por eso hay que tener cuidado. Ya no les cuentan a los doctores y enfermeras sobre lo que ellos saben, que los niños están enfermos por espíritus negativos de la naturaleza, porque no les van a hacer caso. Etnografía de conversación con Samuel, presidente de la comunidad de Laupay (Del Pino et al., 2012, p. 87).

Con lo anteriormente mencionado, podemos advertir la manera en que las poblaciones indígenas eran tratadas al expresar sus vivencias personales y las enfermedades que experimentaban. Se evidencia con claridad la dicotomía existente en la percepción de la medicina, que oscila entre la biomedicina y la medicina tradicional. A pesar de esta dualidad, es importante destacar que el Perú ha implementado una política que aborda de manera específica las cuestiones relacionadas con la salud de las comunidades indígenas.

4.1 La Política Sectorial de Salud Intercultural en la norma

La aprobación de la Política Sectorial de Salud Intercultural ocurrió en el 2016, luego del Decreto Supremo N°016-2016-SA. Fue elaborada principalmente por el Centro Nacional de Salud Intercultural, órgano inscrito en el Instituto Nacional de Salud del MINSA. Este organismo, tenía en el momento de la elaboración de la política la función de articular los conocimientos y prácticas de la medicina tradicional, la medicina alternativa con la medicina occidental (Instituto Nacional de Salud, 2002). La política se daba, según el Decreto Supremo, debido a la necesidad que tenía el país en dar un servicio de salud con pertinencia cultural el cual tenía como objetivo principal: “[...] regular las acciones de salud intercultural en el ámbito nacional, a fin de lograr una atención de salud como un derecho humano, que favorezca la inclusión, igualdad de oportunidades para hombres y mujeres, garantizando el ejercicio del derecho a la salud de los pueblos indígenas u originarios, andinos y amazónicos y de la población afroperuana”(Monteza et al., 2019, p. 49).

Se entiende de esta forma que se reconoce la necesidad de considerar los derechos de los pueblos indígenas, en un marco normativo que tenga relevancia específicamente en la salud de este grupo en específico. La política, según el documento publicado por el Ministerio de Salud y el Instituto Nacional de Salud (2019) cuenta con 4 ejes principales:

1. Garantizar el derecho de salud desde los enfoques intercultural, de derechos, de género e inclusión social en la prestación de servicios para las poblaciones indígenas u originarios.
2. Fomentar la medicina tradicional o ancestral y su articulación con la medicina convencional.
3. Fortalecer capacidades y habilidades de los recursos humanos en salud intercultural.
4. Fortalecer la identidad cultural y la participación de los pueblos indígenas u originarios, andinos y amazónicos y de la población afroperuana en los servicios de salud. (Monteza et al., 2019)

Cada uno de estos ejes comprendería una fórmula que garantizaría el reconocimiento de los sistemas de salud propios de cada población indígena, teniendo un alcance significativo, pues se había establecido que esta llegue a todas las instalaciones prestadoras de servicios de salud público (Monteza et al., 2019). También contaban con líneas de acción que querían difundir el enfoque de derechos humanos, interculturalidad y género, los cuales también se encuentran plasmados en la política.

En el documento técnico se ve una política ambiciosa, pues planteaba generar que los espacios de salud integren también conocimientos y definiciones de la medicina indígena, y se dejen de lado estos sesgos discriminatorios como pudimos observar en el testimonio del líder de la comunidad de Laupay. No solo se ve que la política trabaje con los ejes de las principales, sino que desde el CENSI se habían planteado también estándares de cumplimiento, para que exista un control acerca de cómo se iba a trabajar. En estos estándares, se veían involucrados también gobiernos regionales y municipales, como también la propia ciudadanía, la cual tenía como tarea vigilar que los gobiernos cumplan con una rendición de cuentas específica sobre los servicios de salud intercultural (Monteza et al., 2019).

Es importante recalcar que la política había definido el enfoque intercultural que quería abarcar, teniendo como base: “un proceso permanente de diálogo constructivo, de intercambio y aprendizaje entre diversas culturas en igualdad de condiciones y sin discriminación. Busca erradicar las inequidades sin suprimir las identidades culturales” (Monteza et al., 2019, p. 45). En general como se puede observar, la política tiene ciertos estándares que cubren la interculturalidad, como se ha estado manejando en esta investigación, y sorprende aún más cuando se observa el Acta de Consulta Previa de la política, que fue firmada por 6 organizaciones indígenas, generando un hito en las políticas públicas para poblaciones indígenas.

Sin embargo, la política de salud intercultural se queda en la norma, puesto que al revisar en los diversos documentos en los que se habla de la política, no se llega a encontrar el plan de acción para la Política Sectorial de Salud Intercultural. Es decir, no existe la formulación del plan que llevara adelante a la política, lo cual implica que solo queda escrita bajo una forma declarativa. Lo que sí se encuentra son documentos acerca del Plan de Consulta Previa y la Acción de Amparo que se presentaron antes

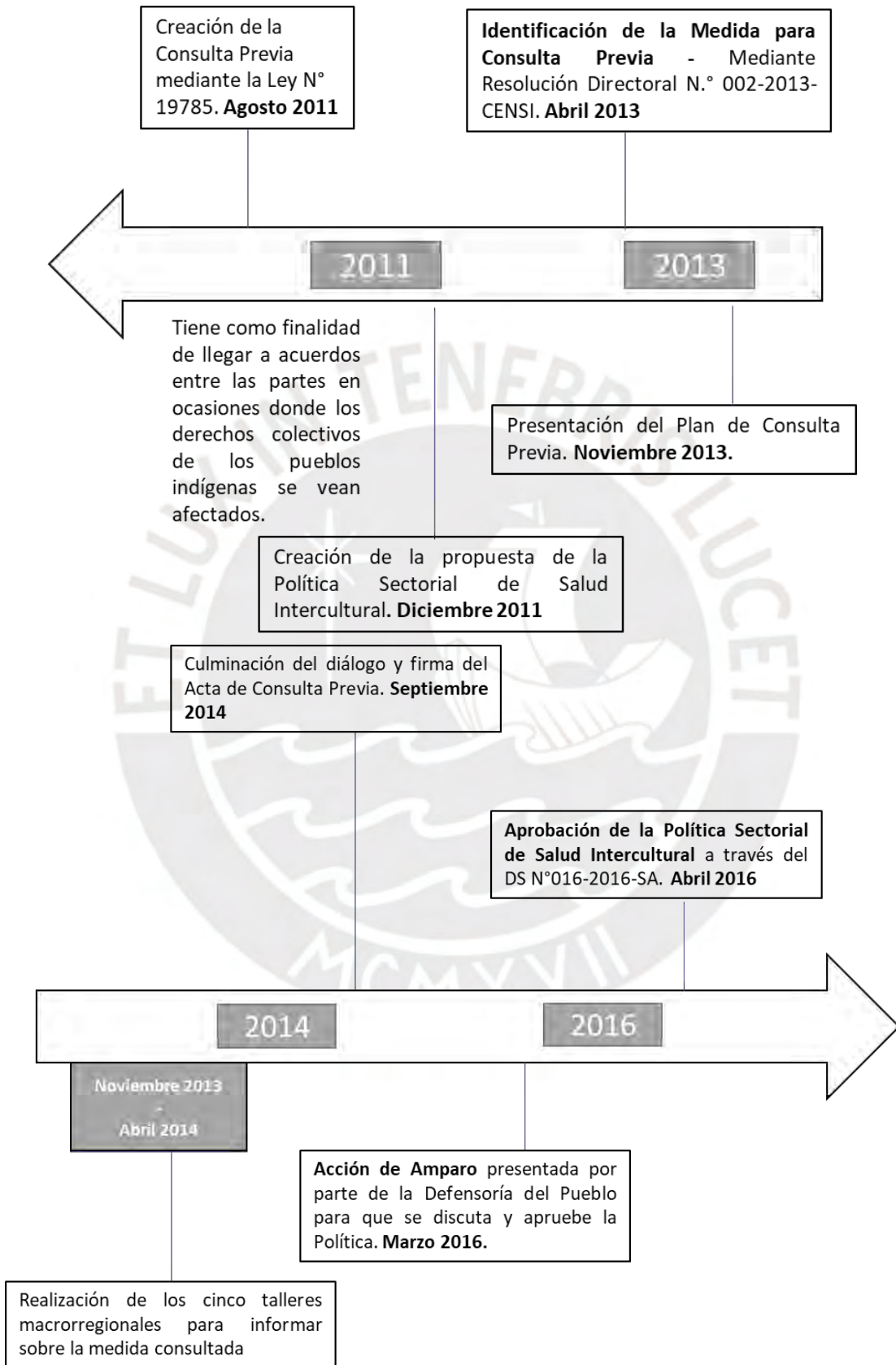
de la aprobación de la Política, por lo que resulta curioso pensar que una política que tuvo este tipo de planificación durante su diseño, se haya quedado únicamente en la normativa. Además es necesario recordar que como parte de los pasos para elaborar una política pública, primero está la planificación, la formulación, parte que llega a cumplir esta política en particular; no obstante, se pierden 2 etapas esenciales en el ciclo de las políticas públicas, la implementación y la posterior evaluación (Ramirez et al., 2011). Este hecho no queda aislado, en la próxima sección se podrá conocer: cuál fue la percepción de aquellos organismos que participaron en el proceso de creación de la Política Sectorial de Salud Intercultural.

4.2. El proceso de creación de la Política Sectorial de Salud Intercultural

El ciclo de creación de esta política en particular se da en un periodo de 5 años: desde el 2011 al 2016, año en que se publica la Resolución Ministerial que da su aprobación. Se ha recogido a través de entrevistas la participación de 4 actores fundamentales que darán a esta investigación una visión empírica sobre lo que sucedió para crear la política, adicionalmente también se incluirá los documentos que se realizaron durante el proceso de diseño de la política. Para entender mejor cuáles fueron los distintos puntos en donde existen hitos de la política, se presenta a continuación, en la ilustración 1, una línea de tiempo que ayudará a visualizar el período de 5 años, desde la propuesta inicial hasta su aprobación.

Gráfico 1

Línea de Tiempo de la Política Sectorial de Salud Intercultural



Fuente: Elaboración Propia

Como se puede observar en la línea de tiempo adjunta, el hecho que se haya discutido la política dentro del marco de una Consulta Previa resulta oportuno, pues la propuesta inicial fue establecida durante fines del año 2010, pero como parte de la ratificación del convenio 169° de la OIT por el Estado peruano, se determinó que se debía consultar a los pueblos antes de generar alguna acción (Ministerio de Salud, 2013). La política tuvo que esperar, esto debido a la coyuntura del año 2011, con el cambio de gobierno, del expresidente Alan García al expresidente Ollanta Humala, esto generó que el plan normativo y la guía metodológica de Ley N° 29785 “Ley de Consulta Previa” se extendiesen hasta febrero del 2013, donde finalmente se tenía el conocimiento y los pasos necesarios para proceder con una Consulta Previa (Ministerio de Salud, 2013).

Esto explica el por qué la política tuvo que esperar 2 años para que recién pudiese proceder con verificar la propuesta de la política. Una vez que se continuó con el proceso de Consulta Previa, la entidad promotora el CENSI que en primera instancia presentó el proyecto de política, liderado por Oswaldo Salaverry, mediante la Resolución Directorial N° 002-2013-CENSI, estableció que la Política Sectorial de Salud Intercultural sería “susceptible a afectar los derechos colectivos de salud de los pueblos indígenas, especial el capítulo V del Convenio N°169 de la OIT.”(Defensoría del Pueblo, 2016, p. 6). Este hecho pondría inicio y fin de la primera etapa del proceso de Consulta Previa de la Política Sectorial de Salud Intercultural.

En esta parte del Convenio 169 de la OIT se menciona específicamente que temas de seguridad social y salud, especificando que se deben tratar dichos temas de salud en conjunto con los pueblos indígenas, donde también se deben ver las condiciones sociales y culturales que los pueblos indígenas tienen y finalmente sus saberes en la medicina tradicional (Organización Internacional del Trabajo, 2005). Principalmente se observó el proyecto de la política de salud intercultural presentado, por la forma en cómo se acercaron hacia ellos, dado que se les había restringido la oportunidad de prestar los servicios de medicina indígena, así como divulgar sus saberes dentro de la medicina tradicional. Todo ello generaba un impacto negativo que infringía en la normativa del Convenio 169 de la OIT. Es así que luego de detectar la medida de Consulta Previa, la primera decisión que se debía tomar por parte del equipo del CENSI, era quiénes iban a participar en el proceso de diálogo durante la Consulta Previa de la política de salud intercultural.

Sin embargo, este proceso es altamente particular, como se ha señalado previamente en este estudio. Veamos, por lo general, la Consulta Previa se emplea en situaciones en las que surgen conflictos entre las comunidades indígenas y, en su mayoría, el sector empresarial extractivo, específicamente la minería. La diferencia de esta política en particular consiste en que el mecanismo de Consulta Previa fue de carácter nacional, por el mismo hecho que se estaba discutiendo una política con ese alcance. En ese sentido, Oswaldo Salaverry, ex director del CENSI, quien estuvo a cargo de ver la política a nivel general, mencionó para la presente investigación, que quienes estuvieron fuertes en la demanda para que pueda ser consultada a todos los pueblos indígenas, parte de un grupo reducido de pueblos indígenas amazónicos, esto incluiría tanto a los pueblos indígenas amazónicos como también a los pueblos indígenas quechuas, aymaras, en general los pueblos indígenas andinos. Es así que la lista final de las organizaciones representativas que estuvieron presentes durante la elaboración del Plan de Consulta Previa quedó de la siguiente manera:

- La Asociación Interétnica de Desarrollo de la Selva Peruana (AIDSESP).
- La Confederación Campesina del Perú (CCP).
- La Confederación de Nacionalidades Amazónicas del Perú (CONAP).
- La Confederación Nacional Agraria (CNA).
- La Confederación de Comunidades del Perú afectadas por la Minería (CONACAMI).
- La Confederación Nacional de Mujeres Indígenas Andinas y Amazónicas del Perú (ONAMIAP).
- La Unión Nacional de Comunidades Aymaras (UNCA).

(Ministerio de Salud, 2013)

Resulta muy importante primero mencionar que las organizaciones indígenas indicadas son de carácter étnico-social, reuniendo a diferentes pueblos indígenas y luego indicar las organizaciones que estuvieron presentes. Sin embargo, sorprendió al momento de realizar las entrevistas, el hecho de que no todas las organizaciones aportaron o se involucraron. Las que más estuvieron activas como parte del proceso fueron AIDSESP por la experiencia que tenían (al ser la organización indígena más grande) y ONAMIAP, por ser una organización de mujeres la cual había establecido su propia agenda en cuanto a salud, fue lo que comentó Oswaldo Salaverry para esta

investigación. También se mencionó que, dentro de las poblaciones indígenas andinas, los quechuas estuvieron mucho más organizados que la población aymara, lo que generó un punto de debate sobre qué organizaciones estuvieron más preparadas para discutir de estos temas.

Luego de definir quienes estarían presentes para establecer el Plan de Acción de la Consulta Previa, se concluiría la segunda etapa, y al publicarse el documento oficial en la página web del CENSI, se concluiría la tercera etapa como parte de la publicidad de la medida (Defensoría del Pueblo, 2016).

Antes de pasar a la siguiente etapa del proceso, se debe mencionar puntos importantes que los entrevistados mencionaron. Alfredo Rodríguez, quien fue delegado adjunto de AIDSESP durante la discusión del diseño de la Política, mencionó para la investigación que la organización ya manejaba conocimiento sobre la salud indígena, y ellos habían establecido una serie de objetivos por los cuales estaban involucrados enfermeros técnicos de la Amazonía. Este punto es importantísimo, pues demuestra que esta organización indígena, en específico, había recogido saberes de cómo tratar la medicina tradicional con un enfoque intercultural, incorporando los saberes culturales de la medicina tradicional al campo de medicina occidental. Se entiende que si bien fue de parte de enfermeros, que las experiencias fueron enriquecedoras, y el tema que inició en el año 2005, siendo tratado con sumo detalle en el estudio de Carmen Yon, Cynthia Cárdenas y Claudia Chávez (Chávez et al., 2015).

Desde la entidad a cargo, Oswaldo Salaverry nos mencionó que la forma en que se buscaba realizar esta política, no era a través de la justicia social, sino de realizar una política en salud específicamente para los pueblos indígenas, ya que ellos, mencionaba, tenían su propio sistema de salud y tenían características particulares. Este hecho en particular respondía a que se trataba de romper el esquema, desde el CENSI de realizar soluciones que se daban únicamente luego de una protesta, en donde los pueblos indígenas se veían involucrados y que reiteradas veces respondían a temas coyunturales. Se deseaba desarrollar una propuesta política que perdurara en el tiempo.

Por su parte, Juan Reátegui, ex dirigente de AIDSESEP y consultor del Viceministerio de Interculturalidad durante la discusión de la política, menciona que existía la necesidad de incluir a los pueblos indígenas y los conocimientos tradicionales que ellos podrían aportar, así como sus recursos. Además, mencionó el cuestionamiento de por qué se había planteado esta política como “sectorial” y no de carácter nacional.

Cabe destacar que, a pesar de que esta política abarca la totalidad del territorio peruano, se optó por la caracterización sectorial debido a un intento previo de vincularla con el Ministerio de Salud (MINSA) como la entidad encargada de coordinar un proceso de tal amplitud como una política de salud con un enfoque intercultural. Esto significa que la política respondería a un problema en específico para un área en específico, en este caso respondería a la salud intercultural. Sin embargo, dicho intento fue descartado, ya que la institución en cuestión señaló que no sería apropiado abordar esta temática, debido a que ya se estaba trabajando en la Política Nacional de Transversalización del Enfoque Intercultural, que finalmente se aprueba en el 2015 y abarca ciertos temas de salud, como la vulnerabilidad socio-cultural que existe con los pueblos indígenas (Ministerio de Cultura, 2015).

Esto generó incomodidad por parte de los involucrados dentro de la creación de la Política Sectorial de Salud Intercultural. La incomodidad y molestia fue generada principalmente porque una vez más se trataba de rechazar la idea que había salido desde los pueblos indígenas e implantar una idea que no había sido discutida entre todos, específicamente, en el rubro de salud. En ese sentido, Oswaldo Salaverry mencionaba que esto generó dificultades para que la política sea tomada en cuenta por el gobierno nacional, puesto que como no era una política propiamente “nacional” (pese a que abarcaba todo el territorio peruano), la política era vista desde un segundo plano.

Asimismo, resulta importante recoger y discutir la perspectiva de Gladis Vila, ex dirigente y fundadora de ONAMIAP, quien menciona que la organización de mujeres indígenas participa en un contexto donde el Estado peruano invisibiliza aún más a las mujeres indígenas. El hecho de que ONAMIAP haya participado como una organización líder fue un hito, pues dentro de la misma cultura indígena se rompe el esquema usual en donde los dirigentes suelen ser hombres, para imponer la propia

agenda indígena de mujeres. Esto se debe a que el rol de cuidado se construye dentro de las instancias tradicionalistas, patriarcal heteronormativas, lo que genera que las mujeres indígenas tengan una agenda mucho más fuerte en estas áreas (Gómez, 2020).

Entendiendo cómo fue el contexto de los actores involucrados a la discusión de la política, se puede pasar a la cuarta etapa del plan de Consulta Previa. Es este punto de la política que se podría considerar como más ambiciosas, debido a que se pasaba a la etapa informativa. Esto fue realizado a través de 5 consultas macrorregionales en distintos puntos del país:

Tabla 5.

Talleres macrorregionales para informar sobre la Política Sectorial de Salud Intercultural

Sede	Fecha	Participantes	# Total de delegados
<u>Sur</u> Cusco	15 y 16 de noviembre de 2013	Delegados de organizaciones indígenas, CENSI, Defensoría del Pueblo (observador)	100 participantes
<u>Norte</u> Amazonas-Bagua	29 y 30 de noviembre de 2013	Delegados de organizaciones indígenas, CENSI, Defensoría del Pueblo (observador)	100 participantes
<u>Centro</u> Satipo	30 y 31 de enero de 2014	Delegados de organizaciones indígenas, CENSI, Defensoría del Pueblo (observador)	100 participantes
<u>Oriente</u> Ucayali	3 y 4 de marzo de 2014	Delegados de organizaciones indígenas, CENSI, Defensoría del Pueblo (observador)	100 participantes
<u>Nacional</u> Lima	31 de marzo y 1ro de abril de 2014	Delegados de organizaciones indígenas, CENSI, Defensoría del Pueblo (observador)	100 participantes

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Plan de Consulta Previa (2013) y la Demanda de Amparo (2016)

De esta manera se consultó con diversas poblaciones indígenas sobre la política, Juan Reátegui nos comenta que fueron discusiones técnicas, como también mesas de trabajo en donde se entregó información para la difusión de la propuesta con lo acordado previamente con las organizaciones indígenas ya mencionadas, de esta manera se informaba sobre qué se esperaba lograr con la Política Sectorial de

Salud Intercultural (Ministerio de Salud, 2013). En este sentido, Juan Reátegui considera que las macrorregionales fueron eventos muy importantes, ya que fue una forma de discutir estrategias y qué tipos de talleres se iban a dar luego de aprobada la política.

Por otra parte, para Alfredo Rodríguez de Aidesep la importancia de las macrorregionales no necesariamente se valora por el contenido que tenían, sino más bien en la experiencia que esto significaba. Era la oportunidad de conversar entre pobladores andinos y pobladores amazónicos y darse cuenta que la salud indígena era muy similar en varios aspectos, y que las diferencias culturales no eran un impedimento para que entre culturas se entiendan. Lo que se explica por la falta de contacto entre ellos. Por otro lado, se menciona la medicina indígena y no la medicina tradicional, debido a que en este punto se hizo una corrección a la interpretación que estaba realizando esta investigación, pues existe la medicina indígena tradicional, así como la medicina indígena moderna.

Una vez terminada la última macrorregional, se daba por concluida la cuarta etapa del proceso de Consulta Previa de la política. A esta le siguió una etapa más corta que consistió en la discusión y evaluación interna de los pueblos indígenas sobre la política a consultar: “analizaron los alcances e incidencias que tendrá la propuesta de la Política Sectorial de Salud Intercultural en relación con los posibles cambios en sus derechos colectivos, calidad de vida y su propio desarrollo” (Defensoría del Pueblo, 2016, p. 5). Posterior a ello se entregó un acta de la propia evaluación interna que se realizó, lo que dio por culminada la quinta etapa del proceso de consulta previa.

La penúltima etapa del proceso de Consulta Previa fue una de las partes más interesantes, debido a que se discutió entre funcionarios del CENSI y las organizaciones indígenas que estuvieron involucradas en todo momento en el proceso de Consulta. Adicionalmente también se invitaron a instancias como el Ministerio de Cultura y la Defensoría del Pueblo como entes observantes. Esta etapa inicia sus sesiones el 10 de septiembre del 2014, en la cual se discutieron varios aspectos que la política involucraba.

Sobre los acuerdos conseguidos en este punto, se debe mencionar que hubo 33 acuerdos, en donde la gran mayoría fue para definir mejor a quién iría dirigida la política. En particular, se discutía si se debería agregar a la población

afrodescendiente y asiática para el tema de Salud Intercultural, así como también la terminología de la medicina, siendo esta “la medicina tradicional” y no medicina ancestral, como se le mencionaba en el proyecto inicial de la política (Ministerio de Salud, 2014). También se llegaron a acuerdos principalmente ligados a la modificación de ciertos artículos de la política en sí, como en el acuerdo N° 7, en donde menciona que “se debe promover la erradicación de toda forma de discriminación en la prestación de servicios básicos de salud, promoviendo el respeto a la diversidad cultural” (Ministerio de Salud, 2014, p. 7). Para este caso en particular se debe agregar la descripción que Gladis Vila, ex dirigente de ONAMIAP, realizaba para este proceso, menciona que no considera que este proceso fuera llevado a una Consulta Previa como establece la norma, pues la participación y la oportunidad de crear un diálogo real capaz de fomentar y crear modelos interculturales de salud no se apreció en ningún momento, y más parecía como un instrumento para promover la participación de los pueblos indígenas.

Adicionalmente, nos menciona que, dentro de los participantes del proceso de diálogo estuvieron médicos y enfermeras de ambos tipos de medicina, tanto la tradicional como la occidental. Esto en vez de ser un diálogo de saberes, en donde debería respetarse tanto la cultura como las distintas ideas que se tenía en cuando a la medicina indígena, se trataba en verdad de una forma de imponer jerarquía sobre los médicos indígenas que compartían sus saberes por aquellos médicos letrados occidentales, pues se creía que por haber estudiado en una universidad la experiencia que ellos tenían en cuanto a la medicina era superior, según nos explicaba Gladys Vila en la entrevista. Esto se puede ver también, por ejemplo, en el acuerdo N° 23 del acta de consulta previa, en donde los pueblos indígenas solicitaron que se incorpore en la política que se respete el consentimiento de los pueblos indígenas, así como también mantenerlos informados (Ministerio de Salud, 2014).

Un hecho particular que se presenta en esta etapa son las observaciones generales que los representantes indígenas hacen llegar el 12 de septiembre, en donde se especifica que “no se establecen lineamientos específicos para desarrollar un Sistema de Salud Indígena y Ordinario para nuestros pueblos, basado en nuestra cosmovisión y en armonía con nuestra Madre Tierra” (Ministerio de Salud, 2014, p. 13). Este hecho toma particular importancia, debido a que se lo ve como un rechazo a lo que se estaba buscando de la política en sí. Sin embargo, ese mismo día se

concluye la etapa de diálogo, tanto con los acuerdos, desacuerdos y ocurrencias que existieron durante la sexta etapa del Proceso de Consulta Previa. Pese a que este hecho mayor y discordante, los responsables consideraron que era importante se concluya con la firma del acta, que incluye todas las firmas de los actores que participaron, siendo este documento momento cumbre del acuerdo entre el CENSI y las organizaciones indígenas. Dicho sea de paso, sorprende la firma de los dirigentes indígenas después que hicieron saber su descontento en la sección de ocurrencias del Acta de Consulta Previa (Ministerio de Salud, 2014).

Luego de culminada la etapa de diálogo, lo que procede dentro de la normativa de la Ley de Consulta Previa es la decisión final (es decir, la aprobación y publicación de la política), pues según el artículo 23, inciso 2 de la Etapa de Decisión: “De alcanzarse un acuerdo total o parcial entre el Estado y el o los pueblos indígenas, como resultado del proceso de consulta, dicho acuerdo es de carácter obligatorio para ambas partes.” (Ministerio de Cultura, 2019, p. 56). Se sabe que la Política Sectorial de Salud Intercultural fue aprobada por el Consejo de Coordinación Viceministerial (Defensoría del Pueblo, 2016) quienes son una instancia conformada por los 38 viceministros del Poder Ejecutivo junto con la Secretaría General de la PCM; sin embargo, como se puede observar en la línea de tiempo, pese a que la etapa de diálogo había culminado en el 2014, se tuvo que esperar 2 años más para que dicha política fuera discutida por el Consejo de Ministros.

La última etapa (decisión) tuvo que ser revisada y observada por la Defensoría del Pueblo, siendo el defensor del pueblo en ese momento, Eduardo Vega Luna, quien presentaría una Acción de Amparo contra el Consejo de Ministros y el Ministerio de Salud para que se revisase y se apruebe la política en cuestión (Defensoría del Pueblo, 2016). Esta fue recibida el 18 de marzo del 2016, por la Corte Superior de Justicia de Lima, siendo que esta demanda legal tenía como objetivo preservar los derechos indígenas plasmados en el acuerdo final de la política. En la demanda de amparo se especificaba que la omisión de la discusión de la política y posterior implementación del acta firmada el 12 de septiembre vulneraba el derecho a Consulta Previa de los pueblos indígenas consultados, habiendo pasado alrededor de 2 años posterior a la culminación de la etapa de diálogo. En la misma Acción de Amparo también se menciona la ratificación del Estado peruano sobre el convenio 169 de la OIT, así como también la Ley de Consulta Previa.

Este hecho sorprende y lleva a la pregunta de: ¿por qué hubo demora en la aprobación? Principalmente si ya se tenía el acuerdo entre el CENSI y las poblaciones indígenas, se contaba con la firma de los involucrados y se habían llegado a acuerdos que podían constituir un pilar en la salud intercultural ¿Por qué no se había firmado de manera inmediata posterior a que fuera sido recibida por el Consejo de Ministros? La omisión por parte del Ministerio de Salud demuestra un hecho de desinterés que en la siguiente parte de esta investigación se detallará. Finalmente, el primero de abril del 2016, se aprueba la política y al día siguiente esta sería publicada en el Diario Oficial El Peruano (2016).

4.3 Dificultades y Limitaciones durante el proceso de Consulta Previa

Luego de haber explicado cómo fue el proceso de aprobación de la Política Sectorial de Salud Intercultural, surgen dudas sobre cómo fue que funcionó realmente la Consulta Previa. Por ese motivo, las entrevistas que se han realizado ayudarán muchísimo para la reconstrucción empírica de los hechos, debido a que, la experiencia contada de la mano de los delegados de las organizaciones indígenas y la experiencia de Oswaldo Salaverry del Censi se reconstruyen los hechos externos a los documentos registrados. Se ha identificado 4 problemas y limitaciones centrales, que ayudará a desarrollar de manera más detallada. Finalmente, se dará a conocer las opiniones reales junto con análisis de la política en general.

4.3.1 Dificultades logísticas

Parte de las dificultades logísticas vinculadas con el proceso de Consulta Previa puede empezar con quién realiza la política. Como se mencionó al inicio de la investigación, el CENSI es un centro adscrito al Instituto Nacional de Salud, por lo que su rubro principal es la investigación, por ello se resalta mucho su participación en la construcción de la política. Oswaldo Salaverry nos mencionaba que era muy difícil poder construir decisiones en cuanto a la política debido a que el personal administrativo del CENSI eran mayormente profesionales médicos, sin formación específica para promover políticas públicas. No se ahondará en el punto que el MINSA tuvo que haber estado involucrado, pues ello se explicará en otro punto.

Parte de las dificultades logísticas también ocurren en cuanto al acceso durante las macrorregionales, en ese caso, Juan Reátegui nos menciona que resultaba difícil

que los funcionarios públicos se trasladasen a donde viven las comunidades indígenas amazónicas, debido a que el único acceso que existe es por medio de los ríos, los cuales eran muy distintos del acceso a las comunidades andinas, debido al acceso por carretera. Presupuestalmente también existían limitaciones, pues las poblaciones indígenas, por ejemplo, contaban con un presupuesto muy limitado como organización.

El CENSI como institución contaba con un presupuesto bien limitado, nos comenta Oswaldo Salaverry que se iba a las actividades para generar consenso entre las poblaciones indígenas, esto en la etapa informativa de la Consulta Previa. Sorprende de este punto que el presupuesto no fue asignado para una actividad en específico como la Consulta Previa con representantes de pueblos indígenas amazónicos y andinos, sino que corrió también por el presupuesto del CENSI. Siendo la informalidad, un problema persistente en el Perú, también generaba problemas logísticos, debido a que las poblaciones indígenas que viajaban para Lima usaban transporte en su mayoría informal, los “*peque peque*” para navegar en los ríos usualmente no contaban con facturas, que son necesarias para devolver el dinero a los dirigentes. De esta manera, los problemas logísticos y económicos afectaron el desenvolvimiento de la Consulta Previa.

4.3.2 Disonancia en el diálogo

Uno de los grandes problemas que se pudo percibir durante la realización de las entrevistas consiste en las dificultades existentes para armonizar el diálogo, pues no se se sabía cómo fomentar una línea recta para avanzar en la discusión. En ese sentido podemos observar, por ejemplo, la dificultad de armonizar las peticiones dentro de las organizaciones indígenas. Habíamos explicado anteriormente que fueron varias organizaciones quienes participaron durante el proceso de Consulta Previa; sin embargo, AIDSESEP trabajada el tema de Salud Intercultural ya por mucho tiempo. Esto generaba que no se encontrase en sintonía con las demás organizaciones indígenas, pues se daban diálogos, por ejemplo, para brindar postas de salud a las comunidades indígenas que representa una demanda de los pueblos indígenas. Pero este punto, nos comenta Salaverry, no formaba parte del diálogo y de los acuerdos de salud intercultural.

Como se podría inferir, también hubo mucha disonancia en cuanto al diálogo entre las organizaciones indígenas y el CENSI, esto debido a la falta de información que tenían los médicos occidentales sobre la medicina tradicional indígena y las potenciales demandas de los indígenas. Gladys Vila nos menciona que pudo sentir sesgos de racismo interiorizado, dado que se mencionaba que escuchaban todo lo que les decían (los médicos indígenas a los médicos occidentales) pero que no podían aceptar que una partera pueda ganar dinero. Hubo mucho conflicto en cuanto al reconocimiento de los médicos indígenas, pues la política reconocía actos de servicio por parte de los representantes indígenas, lo que constituía resultaba un trabajo pagado en el caso de los médicos tradicionales; con lo cual no se ponía a los indígenas al mismo nivel que los médicos. En ese sentido, también se nos menciona que no se reconoce la educación “no formal” en base a los saberes trasladados de generación en generación sobre la salud tradicional. Por ello, ambos representantes creían que la forma en cómo se acercaba el CENSI, si bien tenían la intención de querer informar a los pueblos indígenas la política en cuestión, no se estaban llegando a acuerdos concretos, o en sus palabras “parecía que nos estaban paseando”.

De la misma forma, de parte del CENSI, Oswaldo Salaverry señalaba que las organizaciones indígenas no comprendían que la forma en cómo se estaba desarrollando la política, no se trataba de proponer más postas médicas, sino hablar de los contenidos y considerandos de una política enfocada en la salud intercultural. Siendo lo primero de interés de los indígenas y lo segundo el objetivo trazado por el Censi, los principales actores no estaban conversando en el mismo plano. Se menciona que muchas de las peticiones que realizaban las organizaciones indígenas en cuanto a salud eran hechas de manera reivindicativas, lo que involucraba un presupuesto adicional. Y en ese sentido, Salaverry nos indica que las organizaciones querían hablar con instancias superiores para discutir temas de salud, tales como el MINSA; sin embargo, como se dieron cuenta después, la máxima instancia con la que podían llegar era el CENSI, la que no tenía el poder de resolver sobre los puntos de sus demandas. En definitiva los objetivos y discursos de los representantes del Censi y de los representantes indígenas apuntaban a temas distintos que no necesariamente no abonaban a acuerdos. Además, Alfredo Rodríguez mencionó un hecho que confirma este punto, dado que percibió que no se podía empezar una conversación con el MINSA, mencionando que estaba fuera de la discusión y no

tenían pensado participar del proceso de Consulta Previa. La participación del MINSA hubiera podido colaborar a encontrar salidas a varios de las demandas indígenas, facilitando de ese modo, los acuerdos en la conversación, sobre el contenido del articulado acerca de la salud intercultural indígena.

Adicionalmente dentro del mismo Estado peruano también hubo problemas, menciona Oswaldo Salaverry, puesto que durante el proceso de construcción del Plan de Consulta Previa no fueron acompañados por otras instituciones. Recién cuando el plan estaba avanzado, se acerca el Viceministerio de Interculturalidad y parecía que quería adueñarse de la política. Esta investigación realza este punto, pues sorprende que en vez de generar un consenso para trabajar de manera más óptima, pareciera que competían para ver quien llevaba la política.

4.3.3 Lenguaje

Sobre el tema de lenguaje, las organizaciones indígenas se sentían disconformes que no existían intérpretes durante las sesiones de diálogo de la política. Este hecho lo confirma Juan Reátegui, quien nos menciona que no se contaban con intérpretes ni traductores. Esto sorprende pues se esperaba que para la discusión de una política intercultural y en donde los principales actores a los que iba dirigida esta política eran parte de una población indígena, no existieran intérpretes pese a que se contaba con una base. Dentro del Plan de Consulta Previa se mencionaba lo siguiente en cuanto al lenguaje:

En el presente proceso de consulta se utilizará el idioma castellano por corresponder a la lengua de interlocución de las organizaciones indígenas a nivel nacional, lo que no descarta el uso de las lenguas originarias que las organizaciones consideren necesarias para la cual, en el espíritu de colaboración de las organizaciones representativas, facilitaran la interpretación en caso sea necesaria en el desarrollo del proceso. (Ministerio de Salud, 2013, p. 17)

Como se puede observar, se había decidido que la discusión sea en castellano, y que en caso sea necesario se considere el uso de intérpretes pero que sean de la misma organización representativa. Dicho lo cual se asume de plano que una organización nacional es representativa, cosa que puede ser discutida. Y siendo una política con alcance específico a poblaciones indígenas, sorprende que no hayan usado intérpretes de parte del propio estado para el desarrollo de un diálogo efectivo

y plural con las poblaciones indígenas. Esto revela al mismo tiempo la forma de interpretar al “otro” desde el CENSI, bajo una figura homogenizante que asume que los dirigentes tienen toda la representación de diversos pueblos cosa que no ocurre así en el mundo indígena por la variedad de pueblos, comunidades y familias, no siempre representadas en organizaciones como AIDSESEP, por ejemplo. Se menciona también que parte de las dificultades en cuanto al lenguaje es que se reclamaba que el diálogo ocurría con lenguaje muy técnico, tema que dificultaba la fluidez del diálogo entre población indígena y el CENSI, esto también va en línea con la percepción que se tenía de parte de la institución. Pareciera que la consulta buscaba la aprobación de los representantes indígenas más allá del entendimiento al podían llegar ellos sobre los temas debatidos en lenguaje técnico.

4.3.4 Desinterés en Política Sectorial de Salud Intercultural

El desinterés se percibió desde el comienzo de la planificación de la Consulta Previa, nos comenta Oswaldo Salaverry, dado que hubo una absoluta falta de involucramiento por parte del MINSa para apoyar una política de este tipo. El CENSI, un órgano de investigación, no de formulación de políticas de salud, en este caso estuvo solo. Y claro siendo una institución que se encarga de investigaciones, se resalta la forma en cómo se actuó. De hecho, Alfredo Rodríguez menciona que solo una política de este tipo pudo haber empezado por el Dr. Salaverry, por lo que se debe destacar su trabajo; sin embargo, al mismo tiempo se puede observar que la Política Sectorial de Salud Intercultural estaba acompañado de un sello personalista, pues fue realizado principalmente por Oswaldo Salaverry.

Originalmente se buscaba que esta política tenga carácter nacional, pero para ello se debía contar con la intervención del MINSa, pero este órgano de salud nacional rechaza el planteamiento. Esto se da una vez terminado el proceso de la política, pues el acta de consulta tenía que ser aprobada por la Presidencia del Consejo de Ministros y el Ministerio de Salud, lo que genera también una idea sobre cómo esta política estaba siendo pasada a segundo plano. Incluso se podría decir que la política no estuvo en la visión de la PCM y del MINSa, debido a la cantidad de cartas sin respuesta que se mandaron desde la Defensoría del Pueblo para que se revise la política (Defensoría del Pueblo, 2016). Luego, la intervención de la Defensoría del

Pueblo, haciendo la demanda bajo una Acción de Amparo da cuenta como se tuvo que llegar hasta la última instancia para que la política se aprobase.

Y de otro lado, ocurre una alta rotación de funcionarios públicos que coincide también con un cambio de gobierno, con la entrada del ex presidente Pedro Pablo Kuczynski y su nueva cartera de ministros. Oswaldo Salaverry considera que esta última parte fue la más difícil, debido que se tenía que consultar con nuevas autoridades que no tenían conocimiento sobre el tema, y tampoco parecía que tenían interés en conocerlo.

4.4 Análisis de una oportunidad

Esto que se comentó durante las entrevistas sorprendió debido a que era un proyecto de política muy interesante, se había contado con la difusión de lo que se tenía planeado y se había basado en un diálogo entre el Estado peruano con las organizaciones indígenas. Es importante recalcar que fue una política que se realizó con una Consulta Previa a nivel nacional, donde se intentó abarcar a la mayor cantidad de pueblos indígenas para que supiesen lo que se estaba trabajando. Que el MINSA no haya tenido interés en dar apoyo a la política, se puede ver reflejado en la inexistencia de un Plan de trabajo posterior a la aprobación de la política en cuestión y a su ausencia durante todo el proceso. Lo cual resulta un indicador de lo que se dijo antes, esto es, la dificultad que tiene el Estado peruano de enfocarse en este tipo de iniciativas orientadas a los pueblos indígenas.

Hay que mencionar que la política sigue estando vigente, pues nunca fue derogada, nuevos proyectos toman como base normativa la Política Sectorial de Salud Intercultural, como por ejemplo el plan de intervención del MINSA para combatir la emergencia del COVID (Ministerio de Salud, 2020). Esto resulta curioso, pues pese a que no se tiene un plan político, este plan de intervención que se realizó durante el COVID-19 tuvo en su base normativa a la política estudiada. Se observa entonces que la Política Sectorial de Salud Intercultural es usada para otras instancias que implican “Salud Intercultural” y al mismo tiempo se le ve como un asunto normativo y no como se había planificado desde un inicio con los pueblos indígenas. En otras palabras, la política existe, pero ha quedado en el limbo, pues si bien existe como norma, pero no hay ningún plan de trabajo en el que se describa su implementación.

Según Juan Reátegui, en el período en que él estuvo trabajando en el Viceministerio de Interculturalidad, intentó que se retomara la iniciativa para armar el plan para la política de salud intercultural, pero no hubo éxito debido a que persiste la alta rotación de los funcionarios públicos, y resulta difícil que se pueda desarrollar de manera continua y sostenible. Solo con mencionar el caso de Juan Reátegui, él estuvo como Viceministro de Interculturalidad desde abril del 2023 a junio del 2023. Eso dice algo con respecto a la rotación del personal dentro del Estado peruano, en especial en el viceministerio de interculturalidad.

Esta investigación comparte el sentir de Carmen Yon, pues nos recuerda que muchas de las políticas interculturales son cosméticas, muy superficiales, políticas nominales que se ven en papel, pero no se ve un plan de acción, y el sector salud no es una excepción. Ese es el caso de la política de Salud Intercultural. Por ello, observar la política y entender su proceso de creación, resulta un reto frente a políticas futuras que se podrían lograr, desde una visión intercultural. La Política Sectorial de Salud Intercultural fue un proceso en el cual se entendió que el mundo indígena no funciona igual que el mundo urbano/occidental. Pero tampoco se dio el trabajo de tomar en serio a sus interlocutores cuando planteaban temas como las postas o los enfermeros indígenas. Lo expuesto hasta ahora, nos hace comprender que para este tipo de situaciones se necesita de la voluntad política y disposición de apertura en los funcionarios públicos, lo que demuestra también es el poco sentido de urgencia que se tiene para ver asuntos indígenas; como si las políticas generales de salud los incluyeran. Se debe decir también que los errores cometidos en esta política podrán ser vistos como aprendizajes para promover próximas políticas interculturales en general, no solo de salud, claro si hubiera un punto de partida autocrítico respecto a lo ocurrido.

Capítulo 5. Pertinencia Cultural de la Política Sectorial de Salud Intercultural: Un análisis desde la interculturalidad crítica.

El fin de esta investigación no es únicamente describir el proceso de creación de la Política Sectorial de Salud Intercultural, esto debido a que aún falta discutir una arista muy importante. Dentro del marco teórico planteamos que el trabajo realizado por Fidel Tubino y Adhemir Flores puede ser usado para analizar esta política en específico, sería una oportunidad importante para responder la última hipótesis de esta investigación, la cual lleva como pregunta: ¿Tiene pertinencia cultural la Política Sectorial de Salud Intercultural? Es por ello, que se ha procedido a recoger los 4 pilares de la interculturalidad crítica de los autores y operacionalizarlos para poder analizar la política con el relato planteado en el capítulo anterior:



Tabla 6.

Operacionalización de Interculturalidad Crítica de Fidel Tubino y Adhemir Flores (2020)

Variable 1: Comprensión crítica de los espacios socioculturales y ecológicos	
Dimensión	Indicador
Valores culturales y prácticas tradicionales.	Conocimiento de la historia y la dinámica sociocultural
	Reconocimiento de las relaciones entre la cultura local y el entorno ecológico.
Variable 2: Identificación de estigmas y estereotipos por fenotipo, cultura, género y lugar de procedencia	
Dimensión	Indicador
Tipos de estigmas y prejuicios identificados	Identificación de estigmas y prejuicios comunes.
Variable 3: Pertinencia cultural de los programas o proyectos	
Dimensión	Indicador
Percepción de la Efectividad del Programa	Percepciones de la comunidad sobre la efectividad de los proyectos
Obstáculos Culturales	Obstáculos culturales que pueden afectar la implementación.
Variable 4: Exclusión Política y Participación	
Dimensión	Indicador
Participación Comunitaria	Participación de la comunidad en la planificación y ejecución de los proyectos
	Efectividad de los mecanismos de diálogo intercultural.

Fuente: Elaboración Propia

Adicionalmente, se explorará la manera en que el CENSI abordó la política, ya que el relato previo sugiere que la institución adoptó una perspectiva paternalista al gestionar la situación con las comunidades indígenas. Para esclarecer esta cuestión, hemos vuelto a contactar a Oswaldo Salaverry, cuyo rol durante la implementación de la política es fundamental para comprender la siguiente interrogante: ¿Puede decirse que la política nació muerta? Esta comparación metafórica alude a aquellos bebés que lamentablemente no sobreviven al parto, planteando la pregunta sobre si la

política estaba destinada a ser ineficaz o declarativa desde su inicio. Para ello, se ha proporcionado el siguiente listado de preguntas que podrá observarse en el Anexo B.

Se empezará entonces con analizar la Política Sectorial de Salud Intercultural en las cuatro dimensiones planteadas por los autores Fidel Tubino y Adhemir Flores, para posteriormente discutir la elaboración de la política misma basada en la entrevista realizada a Oswaldo Salaverry. De esta manera la investigación podrá determinar cómo se establecen las políticas interculturales en el Perú, y al mismo tiempo podremos ver qué tan preparado estuvo el CENSI para la elaboración de una política tan compleja, debido a lo recogido en las entrevistas, ¿cómo fue posible para el CENSI hacer una política a nivel nacional, sin el apoyo del MINSA (por parte de salud) y del MINCUL (por parte de la interculturalidad)? Será alguna de las preguntas que se podrá discutir. Se empezará así a analizar la interculturalidad en la política desde las 4 variables anterior planteadas, finalmente discutir la elaboración de la política misma.

5.1. Comprensión crítica de los espacios socioculturales y ecológicos

Esta primera variable se centra en analizar el grado de comprensión que tenía el CENSI acerca de los valores culturales y prácticas tradicionales de las poblaciones indígenas con las que entró en contacto. Para profundizar en este aspecto, se han identificado dos indicadores clave que evaluarán de manera rigurosa la efectividad de la política intercultural. Para obtener la información necesaria, se llevaron a cabo entrevistas específicas.

El primer indicador sería el conocimiento de la historia y la dinámica sociocultural que se vivió durante la aprobación de la política en cuestión. Se cuestiona principalmente la forma en cómo el CENSI quiso llevar el debate durante la discusión de la Consulta Previa para temas que no tenían que ver con el reconocimiento ni con la necesidad de tener postas médicas para las poblaciones indígenas. El rechazo de ciertos tópicos propuestos por los indígenas durante el proceso de diálogo, sugiere una falta de interés institucional en comprender que una política de salud intercultural no resolvería por sí sola los problemas de salud de las poblaciones indígenas. Este indicador, en última instancia, pone en evidencia que la interculturalidad planteada en el enfoque de "interculturalidad crítica" no se cumplió en su totalidad. La visión intercultural de la misma política implicaba justamente que se puedan recoger los

planteamientos que los representantes de las poblaciones indígenas puedan poner en la mesa como una necesidad. Sin embargo, se asume desde el CENSI una visión superior, que marca dentro de la conversación un rechazo de discutir la creación de postas médicas dentro de la Política Sectorial de Salud Intercultural porque no las considera en su temario preliminar de conversación.

Respecto al segundo indicador, reconocimiento de las relaciones entre la cultura local y el entorno ecológico, la investigación ha recogido información relevante respecto a que se conocía la cultura local, debido a que se trató de llevar de mejor manera la discusión de la Consulta Previa, acercándose primero a las organizaciones indígenas y luego a la población indígena en general. Declaraciones de Juan Reátegui demuestran que la institución, sí sabía la diferencia cultural entre la medicina indígena y la medicina occidental. De hecho, plantearse una política intercultural de salud y los puntos finales planteados al momento de publicarse la resolución ministerial que aprobaba la política dan suficiente información para poder decir que al menos se sabía que la cosmovisión indígena juega un papel importantísimo en la cultura de las poblaciones.

Sin embargo, esta investigación plantea serias dudas sobre la forma en que se llevó a cabo el diálogo con las poblaciones indígenas. Aunque la política se presentaba como intercultural, al abordar tanto la medicina indígena como la medicina tradicional, la forma en que se abordaron estos temas da la impresión de que se intentó imponer ciertas perspectivas y se evitó discutir otros aspectos igualmente importantes propuestos por los representantes indígenas como que las médicas tradicionales puedan capacitarse en salud pública y que se les pueda pagar, estando, por ejemplo, en el Hospital 2 de Mayo que es el lugar donde la mayoría de indígenas van cuando inmigran. En este sentido, el primer indicador destaca que la política no cumplió con el enfoque de "interculturalidad crítica", ya que la interacción no se basó en un diálogo genuino y respetuoso con las comunidades indígenas.

Como mencionaron Gladys Vila y Alfredo Rodríguez, existían ocasiones en que no se podía dialogar sobre temas que a las poblaciones indígenas les preocupaba, como el reconocimiento de sus médicos y enfermeras tradicionales con base a un pago real. Se decía que el reconocimiento a sus médicos sería de manera *ad honorem*, como si no se pudiera poner en el mismo plano al personal de medicina

indígena con los médicos y enfermeras occidentales. Preguntamos ¿si hacer pago a los médicos y reconocimiento simbólico no pone en desigualdad de condiciones a quienes ejecutan los servicios de salud? También se encuentra el ejemplo de que algunos pobladores indígenas no contaban con DNI, por lo que no podrían ser registrados dentro del plan que se tenía para que los médicos tradicionales trabajasen. Si bien la carencia del documento es real podría ser subsanado. En ese sentido, los funcionarios parecían ignorar la realidad de la salud de las poblaciones indígenas, que muchas veces lidian con problemas que resultan de la desatención por parte del Estado peruano en servicios básicos. ¿No era acaso necesario para avanzar en la formulación concreta de la salud intercultural encontrar la forma de equiparar los servicios de los enfermeros occidentales e indígenas bajo una modalidad compartida?

5.2. Identificación de estigmas y estereotipos por fenotipo, cultura, género y lugar de procedencia

Sobre este indicador, se han recogido momentos en específico en donde las poblaciones indígenas no se han sentido escuchados o que en han percibido estigmas y prejuicios dentro del área de salud. Se ha explicado en esta investigación que la cosmovisión indígena tiene una forma en específico en ver el problema de salud, habiendo enfermedades “del alma” que no necesariamente se encuentran en las enfermedades occidentales. Así como también existen tratamientos para este tipo en específico de enfermedades.

De esta manera, los dirigentes indígenas que participaron dentro del proceso de Consulta Previa fueron de la mano con algunos médicos tradicionales. De igual manera el CENSI estuvo acompañado en cierta parte por médicos occidentales, quienes no reconocían la medicina tradicional como algo verídico, y muchas veces creaban jerarquías en cuanto al conocimiento que los médicos indígenas tenían. Los médicos que acompañaban al CENSI no reconocían la educación “no formal” como algo válido, pues en muchas ocasiones el conocimiento de las “parteras” suele ser transmitirse más como un saber generacional que por escrito. Este hecho hace que se cuestione cómo fue la elección de los médicos que asistieron, pues se entendía que eran médicos invitados del MINSA, pero no se entiende por qué asistían médicos que eran ajenos o desinformados de la medicina indígena.

Dicho de otro modo, si se trataba de encontrar un terreno común entre los participantes para formular una política de salud intercultural, pues los actores de uno y otro lado, debían mostrar conocimiento y empatía con el otro, para así llegar a ciertos consensos. Al respecto, Oswaldo Salaverry nos mencionaba que el CENSI tenía experiencia en el diálogo con poblaciones indígenas; sin embargo, ciertos aspectos del diálogo y el debate en torno a la consulta previa demuestran que actores externos quienes participaron en esta discusión contaban con prejuicios que exteriorizaban en la conversación. Esto generaba malestar con mucha razón, pues la forma en cómo se menospreciaba la medicina indígena durante una discusión de salud intercultural suele opacar el intercambio de conocimientos.

De esta manera se puede determinar que la política, si bien contaba con una institución que sí se encontraba especializada en el diálogo con poblaciones indígenas, sin embargo, las personas con las que los médicos indígenas iban a trabajar contaban con prejuicios. Los médicos con formación occidental no reconocían las prácticas medicinales indígenas y se consideraban de mayor jerarquía, algo que claramente complicaba el debate y la formación de consenso para lograr un plan a futuro. Este segundo punto determina que no se cumple por completo este indicador, lo que dificulta que la política pueda ser llamada intercultural por los actores indígenas involucrados e interesados en la política.

5.3. Pertinencia cultural de los programas o proyectos

Sobre este indicador en específico se verá la importancia que tenía para las poblaciones indígenas tratar un tema como la salud intercultural. Para ello se han determinado que sus percepciones sobre la efectividad del proyecto son esenciales para determinar si la interculturalidad se cumple en este aspecto, pues realizar un proyecto que no interesa a las poblaciones indígenas sería contraproducente con la “interculturalidad” que se quiere lograr, y más bien sería algo impuesto o forzado a que sea importante.

Por ello, los documentos y las entrevistas que se realizaron son esenciales, ya que, en ellas, tanto de la visión del CENSI como la de las mismas organizaciones indígenas, se pudo observar que dentro de sus agendas la salud intercultural no era prioritaria. Existían organizaciones como AIDSESP que por iniciativa propia realizaron talleres con sus enfermeros indígenas, por lo que esta organización tenía

conocimiento previo sobre lo que significa la salud intercultural. No obstante, esta organización, por lo mismo que ya tenían experiencia previa para tratar la salud intercultural, resultaba un poco difícil discutir con otras organizaciones indígenas la salud intercultural que se planteaba en la discusión del CENSI para la Política Sectorial de Salud Intercultural, ya que el objetivo de AIDSESEP era realizar talleres para sus enfermeros e incluirlos dentro del personal médico de hospitales.

Este desbalance en la forma cómo las organizaciones indígenas tenían mayor o menor cantidad de información y propuestas genera una alerta sobre que tan importante es el tema de salud para sus comunidades. Incluso el propio Oswaldo Salaverry mencionaba a esta investigación que este desfase que existía en las discusiones generaba impresión en él, y la forma en cómo el interés en cuanto a salud se demostraba con otro tipo de pedidos, tales como construir postas médicas o subvenciones en cuanto a salud.

El Dr. Salaverry comentaba que se esperaba que las propias organizaciones indígenas lucharan para que la Política Sectorial de Salud Intercultural pueda contar con planes de trabajo. Sin embargo, pasado ya varios años de la aprobación de la política, todavía no se cuenta con uno, lo que lleva a preguntar ¿es prioridad la salud intercultural dentro de la visión de las poblaciones indígenas? Es muy probable que con los hechos anterior mencionados no, tal vez se entendía que al finalizar el diálogo de la Consulta Previa se genere algo adicional en cuanto a salud.

Este último indicador genera preocupación sobre si se puede llamar intercultural a la política realmente. Se entiende que el trabajo en conjunto con las poblaciones indígenas es sumamente importante, y el trabajo que se logró también. Pero dentro de las prioridades de las propias poblaciones indígenas tratar un tema de salud intercultural no genera tanta importancia como temas históricos que resultan de vida o muerte, tales como el reconocimiento de sus territorios y el tema identitario. Por otro lado, su cotidianeidad está marcada por la sobrevivencia económica y el rechazo constante de las amenazas que surgen en su territorio por otros actores. Siendo la salud un tema de importancia, en la larga agenda indígena por momentos queda postergado por otras necesidades inmediatas como las mencionadas. A esto se suman los obstáculos culturales que existieron durante la discusión de consulta previa,

como el idioma y que se debieron que llevar interpretes desde las propias organizaciones indígenas.

Esto generaría un gran obstáculo para el desarrollo futuro a la política, debido a que los médicos indígenas tendrían que adaptarse a dialogar en castellano y reinterpretar sus definiciones a este idioma, generando un esfuerzo doble para el curandero o la partera para trabajar con el médico occidental. Esto también puede ser visto en cuanto a las definiciones, tipos de plantas y tipos de enfermedades que dentro de las distintas culturas de las poblaciones indígenas manejan, generando brechas culturales que en la práctica pueden ser complicadas para la salud.

En resumen, se percibe una escasa atención por parte de las comunidades indígenas hacia la integración de la salud intercultural en sus prácticas diarias. Cabe resaltar, como lo observó Oswaldo Salaverry, que, si hay organizaciones indígenas como AIDSESP u ONAMIAP que sí tienen más interés en esta materia, en especial la segunda, dado que es una organización de mujeres, por lo cual tiene más cercanía al cuidado de salud. No obstante, esto no implica que la salud intercultural carezca de importancia; de acuerdo con los hallazgos de esta investigación, resulta fundamental comprender la cosmovisión indígena al abordar las enfermedades, ya que constituye un derecho tanto en el marco de los derechos indígenas como en el contexto de la ciudadanía peruana. Sin embargo, la falta de comprensión por parte de las organizaciones indígenas y la ausencia de un seguimiento efectivo de esta política, a pesar de su aprobación, generan una sensación de abandono de esta política. Esto lleva a la sugerencia de que, para las poblaciones indígenas, la efectividad de este programa podría estar siendo relegada a un segundo plano, pues su prioridad estaría más enfocada en su territorio y en las amenazas constantes que estas pueden recibir.

5.4. Exclusión Política y Participación

Este último indicador hará entender cómo fue la participación de las poblaciones indígenas dentro del marco de la Consulta Previa y que tan de acuerdo estuvieron con la política tratada. Para este caso se abarcará tanto la participación para la planificación y ejecución de esta política, así como también la efectividad del diálogo intercultural que se vivió en la parte inicial de la Consulta Previa.

Se debe tomar en cuenta para este punto el trabajo logrado por el CENSI para realizar una Consulta Previa a nivel nacional, en donde, como parte del objetivo de la consulta misma se debía proporcionar información a las poblaciones indígenas y también involucrarlos de cierta forma en el diseño de la política. De esta forma, se debe aplaudir las macrorregionales que hubo para informar sobre el objetivo de la política. En ese sentido, la forma en cómo se convocó también a las organizaciones indígenas más importantes fue clave para entender cómo se gestionó el dialogo a nivel nacional.

Dentro de las críticas que se puede observar por parte de las personas entrevistadas, fue que hubo ciertos conflictos de ambas partes porque no se entendía el mensaje al que se quería llegar con la política. Quizá la costumbre de los dirigentes indígenas en sus conversaciones con funcionarios o representantes, les hace suponer que es un espacio que se aprovecha para presentar reivindicaciones, pero no hay una práctica de formulación de una política, algo que de por sí, representa un ejercicio de mayor abstracción para ser abarcativo. Dicho de otro modo, en los encuentros entre funcionarios público y representantes indígenas parecen repetirse los roles de unos y de otros. Así mientras los funcionarios públicos ven a los indígenas como inferiores y por eso no los pueden equiparar a sus médicos, por su lado los indígenas ven la conversación la oportunidad de colocar sus reivindicaciones. Mientras no se rompa este círculo vicioso que viene de atrás, no se podrá llegar a nuevos resultados, pero a la par, solo tratando bajo diferentes pautas se podrá ir cambiando ese patrón que acaba bloqueando el encuentro intercultural.

Por una parte, se tenía a Oswaldo Salaverry explicando que el objetivo de la política no era reivindicativo, mientras que por parte de las organizaciones indígenas se pedía hablar con el ministro de salud o alguna instancia superior, pero se dieron cuenta que la máxima figura estatal con la que podían conversar era el Dr. Salaverry.

Un punto muy importante que se debe tocar para revisar este indicador es se encuentra dentro de las mismas actas de Consulta Previa que organizó el Ministerio de Salud durante el proceso de diálogo final con las organizaciones indígenas. En específico el punto tratado en la sección "Ocurriencias", pues se registra las denuncias que las organizaciones realizan sobre la información que se repartía durante la etapa

de información, pues no se contaba con información completa y tampoco se percibía pertinencia cultural.

De esta forma, ocurren 2 hechos que son claves para determinar si la política es en efecto intercultural. La primera es que se llegaron a realizar talleres macrorregionales y que se invitó desde el inicio del proceso de Consulta Previa a las organizaciones indígenas. La segunda y la que se considera que tiene más peso es que el mensaje con el cual se invitaba, no lograba resultar convincente o útil para las poblaciones indígenas, que estaban apremiadas buscando un tipo de reconocimiento inmediato vinculado a sus demandas de salud indígena como lo manifestó un sector, mientras, como se dijo antes, otros representantes indígenas no veían la importancia de la conversación propuesta por el estado.

Se entiende entonces que la política es importante y fue un hito llegar a a las diversas comunidades indígenas en el Perú, pero no se llegó con un mensaje completamente entendible para esta población, es decir, ¿qué implicaba elaborar una política intercultural? Y de otro lado, los propios promotores de la iniciativa no estaban dispuestos a abrir la conversación a los asuntos concretos que trajeron los indígenas a la conversación, incluso aunque fueran relativos a la salud. Con lo cual el diálogo se estanca y no se ve en la política una oportunidad para seguir conversando. Sin embargo como se ha dicho nada de esto descarta el valor de lo hecho porque romper las barreras existentes por larga data entre el Estado peruano y los pueblos indígenas, pasa por muchos proceso de ensayo y error, que permitan ir estableciendo los terrenos comunes de acuerdo entre partes y que generen motivos para seguir conversando.

5.5. ¿Una política nacida muerta?

Luego de lo explicado, podemos inferir que la política no cumple con las condiciones necesarias para ser llamada intercultural completamente. Se tienen ciertos aspectos que son muy útiles y llegan a generar un aporte valioso para el diálogo con las poblaciones indígenas, pero se debe considerar que se estaban ignorando dentro del proceso de diálogo que las comunidades indígenas tenían otros intereses en ese momento mucho más prioritarios. Se está hablando que la política empieza a desarrollarse en el año 2013 con las poblaciones indígenas, solo 3 años después de un hecho nefasto para esta población (“Baguazo”).

También es necesario responder la pregunta que se inicia en este capítulo, y es que luego de todo lo conversado con los diversos actores que estuvieron involucrados en este proceso de la Política Sectorial de Salud Intercultural, se generó la duda si esta política había nacido muerta, en el sentido de que ninguna de las partes la hacía del todo suya y que tampoco quedó abierto un camino de conversación posterior entre las partes que definiera planes de implementación. Se conversó nuevamente con el Dr. Salaverry para esclarecer dudas, resulta que el CENSI no tuvo en ningún momento asesoría por parte de alguna institución. Se hizo el intento, como parte de sus funciones, que el Ministerio de Cultura pueda asesorar al CENSI en cuestión intercultural; sin embargo, según la percepción de Salaverry, el MINCUL funcionó más como un ente observador, el cual no intervino en la realización de la política.

De la misma forma, la falta de interés por parte del MINSA para apoyar al CENSI, se comentó a esta investigación que esta última institución tenía prácticamente carta libre para realizar esta política como mejor le parezca, dado que existía una indiferencia total en cuanto al trabajo del CENSI. De esta forma, trabajaron sobre la marcha, proponiendo tanto cosas buenas como malas durante el proceso de creación de la política. Un punto importante a mencionar también es que el CENSI no tenían, dentro de su plana de trabajadores, especialistas de las políticas públicas. El único que tenía experiencia política era Oswaldo Salaverry, quien mencionó que fue una aventura realizar esta política, en algunas ocasiones llevaba al personal del CENSI para que aprendiera con los aciertos y errores que surgían en el camino.

La perspectiva de esta investigación experimentó un cambio significativo tras el diálogo con Oswaldo Salaverry. Inicialmente, se sostenía la idea de que la política en cuestión había surgido condenada al fracaso, dado su origen en una institución carente de experiencia política y sin respaldo del MINSA o el MINCUL. Aunque la política fue aprobada y continúa existiendo como norma, se considera huérfana, ya que, una vez aprobada, carece de defensores o guardianes que velen por su implementación.

La evidencia de esta orfandad se manifiesta al constatar que, tras la salida del Dr. Salaverry como director del CENSI, ni el MINSA, ni la nueva dirección del CENSI, ni las organizaciones indígenas involucradas, elaboraron planes para llevar a cabo la

implementación de esta política. Salaverry expresa su deseo de que alguna organización recuerde a las entidades indígenas la importancia de la salud intercultural, que la política puede ser usada como una primera piedra con la cual puedan crear un tema propio de salud intercultural. Aunque la política en sí se presenta como un instrumento valioso, en la práctica no se proyecta hacia el futuro y queda limitada a ser un conjunto de reglas plasmadas en un documento. Y si bien se utilizó durante la Pandemia para acceder a las poblaciones indígenas, eso parece haber sido un acto coyuntural basado en la necesidad de contar con un respaldo político legal, para dichas acciones en un contexto de mayor aislamiento de las poblaciones indígenas y donde había dudas entre algunas comunidades indígenas sobre el valor de las vacunas.

Por consiguiente, se sostiene la idea de que esta política se encuentra huérfana, sin haber logrado encontrar un tutor o defensor comprometido con su causa que promoviera su implementación. Lo que al final nos muestra el desencuentro ocurrido entre la jefatura del Censi, que con buena voluntad, pero sin expertise, promovió el proceso sin saber cómo vincular la materia que trajeron los representantes indígenas a la mesa con su concepto de legislar una política intercultural de salud.

Conclusiones

La investigación se ha centrado principalmente en analizar el proceso de creación de la Política Sectorial de Salud Intercultural, para la cual se ha entrevistado a los actores involucrados en la creación. Se realza la importancia de esta política debido a que pasó por un proceso de Consulta Previa, ya que el primer proyecto de Política presentado por Oswaldo Salaverry infringiría los derechos de los indígenas. Es así que esta política pasa a ser trabajada entre el Centro Nacional de Salud Intercultural (CENSI) y 7 organizaciones indígenas, en las que destacaron AIDSESP y ONAMIAP. Es después de su aprobación, la cual demoró 2 años, que esta investigación afirma que esta política es huérfana, dado que 7 años después de su aprobación en el 2016, ninguno de los actores involucrados quiere hacerse cargo de generar un plan de implementación. En el Anexo C de este documento, se podrá observar un cuadro resumen de las conclusiones.

Ausencias en el diseño de la Política Sectorial de Salud Intercultural

Esta investigación ha resaltado principalmente el proceso de creación de la Política Sectorial de Salud Intercultural, analizando cada documento escrito encontrado y realizando entrevistas a actores que participaron durante el proceso de Consulta Previa en el cual se enmarca esta política, lo que realza su importancia y el interés inicial de realizar esta tesis. Lo que más llamó la atención es que justamente, luego de haber realizado un proceso largo, que duró aproximadamente 4 años, esta política se firme por medio de una Acción de Amparo y que luego de ello no haya existido registro de la implementación respectiva de esta política. Se debe empezar haciendo una reflexión sobre este tipo de políticas dirigidas a las poblaciones indígenas. No se debe quedar únicamente en el papel normativo, sino que debe estar de acorde con los planes de acción que se tiene para cerrar las brechas culturales y los sesgos raciales que se han internalizado en el país. Además, al abordar políticas dirigidas a las poblaciones indígenas, es fundamental considerar el contexto en el que viven para identificar sus prioridades y las áreas que se verán involucradas.

Si bien fueron 2 los actores principales de la creación de esta política; se reconoce que del CENSI solo Oswaldo Salaverry tenía experiencia generando políticas y tratando con poblaciones indígenas. Se discutieron, durante la etapa de

diálogo, asuntos que involucraban el reconocimiento de los médicos indígenas para que pudiesen trabajar dentro de los centros médicos que se tenía previstos, donde se demuestra que el asunto de “reconocimiento” sigue siendo fundamental para los pueblos indígenas. Este hecho demuestra la poca capacidad y expertise del CENSI en poder llevar el debate hacia asuntos con mayor peso, pues se discutía la creación de postas médicas para los pueblos indígenas también; aunque, al mismo tiempo, se entiende que no formaba parte de las funciones propias de la entidad y que se refleja con ello la indiferencia de los Ministerios de aprovechar oportunidades para tratar con los pueblos indígenas. Sin embargo, se puede discutir aquí que, si bien no era pertinente dentro de sus funciones, puede ser criticada la forma en cómo esta entidad trató los temas, que prácticamente invisibilizó este problema.

En cuanto a la Defensoría del Pueblo, este actor fue clave para la aprobación de la política, pero no durante el proceso de diálogo y creación de la misma. Esto se debe a que, debido a las recurrentes cartas que se hacía llegar a la PCM y debido a la omisión de una respuesta, lleva finalmente a presentar la Demanda de Amparo, que fue lo que generó que se aprobase la política. Otros actores como el MINSA o el MINCUL no participaron de manera importante en la creación de la política, incluso se puede decir que su participación fue casi nula, debido a que el MINSA no apoyó en cuanto al proceso de salud y el MINCUL no apoyó en cuanto al proceso de interculturalidad, el cual trataba la política.

Se puede rescatar el proceso de diálogo y la planificación que se tenía desde un inicio en generar esta política, se considera que el proceso fue adecuado, pues al ser una política que había pasado por Consulta Previa fue positivo que desde el CENSI se haya pensado en hablar con las organizaciones indígenas y las poblaciones indígenas en donde se realizaron las macrorregionales. Sin embargo, es importante mencionar que el diálogo que se llegó a desarrollar puede ser criticado por la forma en cómo desentendía los pedidos que las poblaciones indígenas realizaban. Este hecho debió ser registrado y discutido en otra oportunidad, pues en un proceso “intercultural” se debería discutir temas en donde las poblaciones indígenas tengan interés genuino.

Con ello demostrado, se puede observar la crítica a la interculturalidad que la política denotaba. A raíz de las entrevistas con las organizaciones indígenas, se determina que la forma en cómo se abordaron estos diálogos fue con un lenguaje técnico que no era usado por las poblaciones indígenas. A esto se le suma que no hubo intérpretes para ayudar con la traducción oficial de informar a las poblaciones de la política, como se demuestra en los documentos de Consulta Previa. Se evidencia así que el Estado sigue sin entender que trabajar con organizaciones indígenas desde sus idiomas resulta clave para entender el verdadero diálogo intercultural, teniendo en consideración los diversos intérpretes que existen en el Estado, lo que podría generar un sentimiento mucho más cercano con la institución a tratar.

La política, a pesar de su denominación como intercultural, es percibida por las organizaciones indígenas de una manera que difiere de esta caracterización. El análisis de esta política y la evaluación de las decisiones y procesos que la llevaron a su formulación, a la luz del interculturalismo crítico propuesto por los autores Adhemir Flores y Fidel Tubino, resultan esenciales para abordar la cuestión fundamental: ¿tiene pertinencia cultural esta política? La contribución de esta investigación para investigaciones a futuro interculturales reside en las variables e indicadores que la perspectiva crítica de la interculturalidad puede generar para evaluar políticas interculturales.

La política bajo el lente de la interculturalidad crítica

El enfoque de la interculturalidad crítica expone que este proceso no puede ser llamado intercultural, dado que una política con este enfoque debe: (i) reconocer los espacios socioculturales y ecológicos de las poblaciones con las que se trabajan; (ii) antes de trabajar con ellos, se debe reconocer qué estigmas y prejuicios pueden existir durante el diálogo con las poblaciones indígenas, reconociendo que, al ser una cultura distinta, podemos ser ignorantes al respecto; (iii) verificar la pertinencia cultural que la política tiene, que sea efectiva para las poblaciones indígenas; (iv) que exista una participación efectiva en la planificación y ejecución de los proyectos que se quieren realizar.

Luego de analizar esta política con esta visión se determina que no puede llamarse intercultural. No se reconocen los espacios socioculturales ni la dinámica de las poblaciones indígenas con las que se trabajan, no reconocen la importancia de los

médicos indígenas y lo que ellos representan para una población la cual no prefiere ser atendido por la biomedicina. Los estigmas y prejuicios por parte de los médicos occidentales estuvieron siempre presentes, al verse ellos como superiores por haber estudiado; además, el CENSI debió trabajar con personas que sepan de la materia indígena y no que improvisen sobre lo que se estaba construyendo.

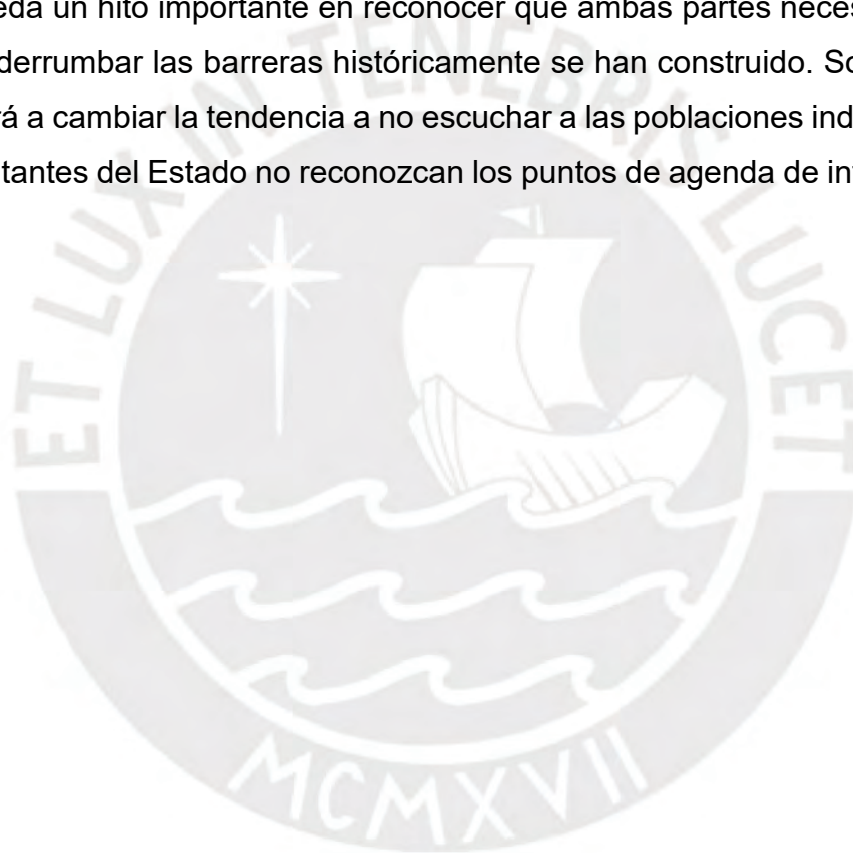
No se entendió que la agenda indígena en cuanto a salud iba a la par con su agenda de reconocimiento cultural, por ello se pedía que reconozcan a sus médicos indígenas con una paga y que puedan aprender medicina occidental. Junto con ello, reconocer que la política quería tratar de otras cuestiones que no tengan que ver con la “reivindicación” también demuestra que las cuestiones que las poblaciones indígenas reconocían como importantes, como la creación de postas médicas, pasó a segundo plano. Finalmente, si bien se trabajó de manera organizada con los pueblos indígenas y las organizaciones indígenas, la política no llega a construir realmente con los pueblos indígenas, sino al día de hoy esta política sería una bandera indígena, cosa que no logra ser así.

En términos generales, se sostiene que esta política podría haber representado una oportunidad significativa para comprender y dialogar con los pueblos indígenas, aprovechada por el CENSI para alcanzar su objetivo de aprobar una política de salud intercultural. Sin embargo, fue desaprovechada por otras instancias como el Ministerio de Salud o el Ministerio de Cultura, que podrían haber integrado otros temas de interés, dada la existencia de un plan para la Consulta Previa. Si bien fue una oportunidad para que se observen las distintas formas de interacción que el CENSI y las poblaciones indígenas puedan tener, no resulta tan óptimo que se plantee una política que no genera interés en la misma población. No se observa el interés posterior de las poblaciones indígenas una vez se aprobó la política, e incluso se podría decir que durante la discusión tampoco hubo un interés muy grande.

En las reflexiones finales de esta investigación, se resalta que las políticas interculturales representan una modalidad para abordar los problemas históricamente desatendidos por el Estado que afectan a las poblaciones indígenas. Se critica que estas políticas deberían integrarse en los planes nacionales de Salud, Educación y Planificación de Viviendas, considerando que las poblaciones indígenas son una parte integral de la población, siendo peruanos y peruanas que han sido invisibilizados y,

como tal, deben ser tratados en las políticas generales. De esta manera, se evitaría la formulación de políticas que no generen movilización y se perdería el potencial apoyo que podrían brindar, como ocurrió con la política tratada, que no generó planes posteriores para su implementación en un ámbito de acción real.

Sin embargo, queda como un precedente importante que se crea en esta política que las poblaciones indígenas tienen interés en el Estado peruano para realizar políticas públicas con efectividad. Mientras que el Estado necesita a las poblaciones indígenas para trabajar con ellos los problemas que los afectan. Esto se intentó en esta política y debe ser reconocido como tal, si bien funcionó de manera errónea, queda un hito importante en reconocer que ambas partes necesitan trabajar juntos para derrumbar las barreras históricamente se han construido. Solo el ensayo y error llevará a cambiar la tendencia a no escuchar a las poblaciones indígenas y que los representantes del Estado no reconozcan los puntos de agenda de interés de esta población.



Referencias Bibliográficas

- Acuña, R. M. (2015). The politics of extractive governance: Indigenous peoples and socio-environmental conflicts. *Extractive Industries and Society*, 2(1), 85–92. <https://doi.org/10.1016/j.exis.2014.11.007>
- Aguilar Peña, M., Tobar Blandón, M. F., & García-Perdomo, H. A. (2020). Salud intercultural y el modelo de salud propio indígena. *Revista de Salud Pública*, 22(4), 1–5. <https://doi.org/10.15446/rsap.v22n4.87320>
- Alayza, R. (2020). *La formación del espacio público y sus efectos en la democracia peruana*. Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Alcázar, L. (2019). Las Brechas que Perduran: Una radiografía de la exclusión social en Perú. *Grupo de Análisis Para El Desarrollo*.
- Aliaga, G. (2014). Avances, desafíos y oportunidades hacia la construcción de una Política de Salud Intercultural en el Perú [Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. In *Universidad Nacional Mayor de San Marcos*. <http://centroderecursos.cultura.pe/es/registrobibliografico/avances-desafios-y-oportunidades-hacia-la-construccion-de-una-politica-de>
- Alza, C. (2007). *Conflictividad en el Perú: Una lectura desde las Políticas Públicas*.
- Antonsich, M. (2016). Interculturalism versus multiculturalism – The Cattle-Modood debate. *Ethnicities*, 16(3), 470–493. <https://doi.org/10.1177/1468796815604558>
- Barabas, A. (2014). Multiculturalismo, pluralismo cultural y interculturalidad en el contexto de América Latina: la presencia de los pueblos originarios. *Configurações*, 14, 1–13. <https://doi.org/10.4000/con>
- Belaunde Terry, F. (1959). *La conquista del Perú por los peruanos*.
- Benites, T. (2012). *Perú: Interculturalidad y cosmovisión indígena*. SERVINDI. <https://www.servindi.org/actualidad/29186>
- Bensa, J., & Zambrano, G. (2019). El desarrollo de políticas públicas para el reconocimiento de los pueblos indígenas en Perú: las paradojas de un caso

atípico. In *Pueblos indígenas y Estado. Avances, límites y desafíos del reconocimiento indígena* (pp. 71–98). Ediciones Abya-Yala.

Blasser, M. (2019). Reflexiones sobre la ontología política de los conflictos medioambientales. *América Crítica*, 3(2), 63–79.
<https://doi.org/https://doi.org/10.13125/americanacritica/3991>

Chávez, C., Yon, C., & Cárdenas, C. (2015). *El aporte de los egresados del Programa de Formación de Enfermeros Técnicos en Salud Intercultural Amazónica de AIDSESEP a la salud intercultural. Estudio de caso en dos comunidades de Amazonas*. Instituto de Estudios Peruanos.

Chirif, A. (2010). Construyendo desde la Diversidad. In *Pobreza, desigualdad y desarrollo en el Perú* (pp. 80–89). Oxfam.

Chirif, A. (2022). Gobernanza y Territorios Indígenas. Cambios, permanencias y redefiniciones. In A. Castro & M. I. Merino (Eds.), *Desafíos y Perspectivas de la Situación Ambiental en el Perú* (pp. 46–61). INTE PUCP.
<https://repositorio.pucp.edu.pe/index/handle/123456789/183447>

Chirif, A., & García Hierro, P. (2007). Marcando Territorio. Progresos y Limitaciones de la Titulación de Territorios Indígenas en la Amazonía. In *Journal of Chemical Information and Modeling* (Vol. 53, Issue 9).

Chuecas, A. (2006). El Derecho de los Pueblos Indígenas en el Contexto Histórico del Perú. *Informe de La Democracia En El Perú*, 1–18.
<https://acortar.link/sxDD8r>

Comisión Económica para América Latina. (2014). *Los pueblos indígenas en América Latina: Avances en el último decenio y retos pendientes para la garantía de sus derechos*.

Cooperación Alemana al Desarrollo. (2013). *Programa Buen Gobierno y Reforma del Estado* (Vol. 2, Issue 5).

Correa, N. (2011). Interculturalidad y Políticas Públicas: Una agenda al 2016. *Consortio de Investigación Económica y Social - CIES*, 10, 1–50.

Cruz Rodríguez, E. (2013). Multiculturalismo e interculturalismo: una lectura

comparada. *Cuadernos Interculturales*, 11(20), 45–76.

Decreto Supremo N°016-2016-SA. (2016). Normas Legales. In *Diario Oficial El Peruano*.

Defensoría del Pueblo. (2015). *La defensa del derecho de los pueblos indígenas amazónicos a una salud intercultural. Informe Defensorial N° 169*. 162.
<https://www.unicef.org/peru/spanish/Informe-Defensorial-N-169-derecho-pueblos-indigenas-salud-intercultural.pdf>

Defensoría del Pueblo. (2016). *Demanda de Amparo contra la Presidencia del Consejo de Ministros y el Ministerio de Salud*.

Del Pino, P., Mena, M., Torrejón, S., Del Pino, E., Aronés, M., & Portugal, T. (2012). Repensar la desnutrición: infancia, alimentación y cultura en Ayacucho, Perú. In *Instituto de Estudios Peruanos*.
https://www.unicef.es/sites/unicef.es/files/comunicacion/Informe_La_desnutricion_infantil.pdf

El Peruano. (2021). *PIAS llevarán servicios del Estado a más de 100 mil personas de comunidades nativas*. El Peruano. <https://elperuano.pe/noticia/119207-pias-llevaran-servicios-del-estado-a-mas-de-100-mil-personas-de-comunidades-nativas>

Espinosa, O. (2019). Pueblos Indígenas Y Estado. Avances, Límites Y Desafíos Del Reconocimiento Indígena. In *Pueblos Indígenas y Estado Avances, límites y desafíos del reconocimiento indígena*. Abya-Yala.

Fornet-Betancourt, R. (2002). Lo intercultural: el problema de y con su definición. *Pasos*, 103, 1–3.

Francke, P. (2017). El Derecho a la Educación Intercultural Bilingüe y la Política Fiscal en el Perú. In *Documento de Trabajo* (No. 447).
<https://repositorio.pucp.edu.pe/index/handle/123456789/176236>

García, A. (2021). El síndrome del perro del hortelano. *El Comercio*.
<https://elcomercio.pe/bicentenario/2007-l-el-sindrome-del-perro-del-hortelano-l-bicentenario-noticia/>

- Gómez, P. (2020). *Resistencia: las prácticas de cuidado de las mujeres del resguardo Cañamomo Lomapieta* [Universidad de Caldas]. https://repositorio.ucaldas.edu.co/bitstream/handle/ucaldas/16858/GómezCardona_PaulaAndrea_2021.pdf?sequence=3&isAllowed=y
- Hahn, R. A., & Kleinman, A. (1983). Biomedical practice and anthropological theory: frameworks and directions. *Annual Review of Anthropology*. Vol. 12, November 2003, 305–333. <https://doi.org/10.1146/annurev.an.12.100183.001513>
- Heise, M., Tubino, F., & Ardito, W. (1994). Interculturalidad. Un desafío. *CAAP*, 2, 7–22.
- Huber, L. (2021). Ensayando identidades. Estado e indígenas en el Perú contemporáneo. *Argumentos*, 1(13), 47–54. <https://doi.org/10.46476/ra.v2i2.111>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2018a). III Censo De Comunidades Nativas 2017: Resultados definitivos TOMO I. *INEI*, 1, 1–677. https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1598/TOMO_01.pdf
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2018b). Población Indígena u Originaria De Los Andes. *Inei*, 33–74. https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1642/cap03_01.pdf
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2018c). Resultados Definitivos. TOMO I. *INEI*. http://www.inr.pt/uploads/docs/recursos/2013/20Censos2011_res_definitivos.pdf
- Instituto Nacional de Salud. (2002). Incorporación De Nuevos Centros Nacionales Al Instituto Nacional De Salud. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 19(4), 169.
- Kymlicka, W. (1997). Multicultural Citizenship: A Liberal Theory of Minority Rights. In *Canadian Journal of African Studies / Revue Canadienne des Études Africaines* (Vol. 31, Issue 1). <https://doi.org/10.2307/485334>
- Menéndez, E. L. (2016). Intercultural health: Proposals, actions and failures. *Ciencia e Saude Coletiva*, 21(1), 109–118. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015211.20252015>

- Menéndez, E. L. (2018). Medical anthropology in Latin America, 1990-2015: A strictly provisional review. *Salud Colectiva*, 14(3), 461–481.
<https://doi.org/10.18294/sc.2018.1838>
- Merino, R. (2018). La nación reimaginada: Autodeterminación indígena y las oals de indigenismo legal en el Perú. In *Descolonizar el Derecho Pueblos indígenas, derechos humanos y Estado plurinacional* (pp. 97–129). Palestra Editores.
- Millán, G. A. (2011). Salud intercultural. Crítica y problematización a partir del contexto boliviano. *Avá. Revista de Antropología*, 19, 379–385.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=169029211015>
- Ministerio de Cultura. (2013). Enfoque intercultural para la gestión pública: Herramientas conceptuales. *Ministerio de Cultura*, 76.
[https://centroderecursos.cultura.pe/sites/default/files/rb/pdf/Enfoque Intercultural para la gestion publica Herramientas conceptuales.pdf](https://centroderecursos.cultura.pe/sites/default/files/rb/pdf/Enfoque%20Intercultural%20para%20la%20gestion%20publica%20Herramientas%20conceptuales.pdf)
- Ministerio de Cultura. (2015). *Política Nacional para la Transversalización del Enfoque Intercultural*.
https://www.congreso.gob.pe/Docs/CoordAfroperuana/files/normativas/politica_nacional_de_transversalizacion_del_enfoque_intercultural.pdf
- Ministerio de Cultura. (2019). Derecho a la Consulta Previa. In *Ministerio de Cultura*.
- Ministerio de Cultura. (2022). *¿Quiénes son los pueblos indígenas?* Gob.Pe.
<https://www.gob.pe/15251-quienes-son-los-pueblos-indigenas>
- Ministerio de Salud. (2013). *Plan de Consulta: Política sectorial de salud intercultural*.
- Ministerio de Salud. (2014). *Acta de Consulta: Proceso de Consulta Previa de la Política Sectorial de Salud Intercultural*.
- Ministerio de Salud. (2020). *Plan de intervención del Ministerio de Salud para comunidades indígenas y centros poblados rurales de la Amazonía peruana frente a la emergencia del COVID-19* (p. 29). <https://search.bvsalud.org/global-literature-on-novel-coronavirus-2019-ncov/resource/en/covidwho-525739>

- Monteza, B., Trujillo, O., & Salaverry, O. (2019). *Política Sectorial de Salud Intercultural*. Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud.
- Organización Internacional del Trabajo. (2005). *Convenio N°169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes*.
- Pérez, C., Sepúlveda, D., Cova, F., & Nazar, G. (2020). Salud intercultural desde la visión de las comunidades mapuche de Cañete y Tirúa. *Revista de Ciencias de La Salud*, 18(1).
<https://revistas.urosario.edu.co/xml/562/56262799012/html/index.html>
- Pinxten, R. (1997). Identidad y conflicto: personalidad, socialidad y culturalidad. *CIDOB d'Afers Internacionals*, 36, 36–57.
https://www.cidob.org/es/articulos/revista_cidob_d_afers_internacionals/identidad_y_conflicto_personalidad_socialidad_y_culturalidad
- Poblete, M., & Goldstein, E. (2019). Políticas de Salud Intercultural en Chile. Desde el PROMAP (1992) hasta la normativa vigente en la actualidad. *Biblioteca Del Congreso Nacional*, 1992, 12.
- Ramirez, R., Larrea, A., & Carrion, A. (2011). Guía para la formulación de políticas públicas sectoriales. *Senplades*, 64. <http://vinculacion.upnfm.edu.hn/wp-content/uploads/2016/11/Políticas-Públicas.-Caso-de-Ecuador-2011.pdf>
- Remy, M. I. (2013). Historia de las comunidades indígenas y campesinas del Perú. In *Instituto de Estudios Peruanos*. <https://repositorio.iep.org.pe/handle/IEP/862>
- Robles, C. (2009). Pueblos indígenas y programas de transferencias con corresponsabilidad: avances y desafíos desde un enfoque técnico. *Series Políticas Sociales*, 156.
- Samano, M. A. (2007). ¿Qué es interculturalidad para los pueblos originarios de México?. *XXVI Congreso de La Asociación Latinoamericana de Sociología*, 1–13.
- Sanchez, P. (2016). El sector público estatal y las competencias de las entidades territoriales en Colombia. *Derecho y Realidad*, 13(25), 13–42.
http://revistas.uptc.edu.co/revistas/index.php/derecho_realidad/article/view/4416/3753

Sánchez, P., & Higuera, D. (2018). Formación de políticas públicas para la garantía de derechos humanos. *Pensamiento Americano*, 11(21), 26–44.

Subirats, J. (1992). Análisis de políticas públicas y eficacia de la Administración. In *Ministerio para las Administraciones Públicas*.
https://www.researchgate.net/publication/269107473_What_is_governance/link/548173090cf22525dcb61443/download%0Ahttp://www.econ.upf.edu/~reynal/Civil_wars_12December2010.pdf%0Ahttps://think-asia.org/handle/11540/8282%0Ahttps://www.jstor.org/stable/41857625

Trapnell, L., & Neira, E. (2004). *Situación de la Educación Intercultural Bilingüe en el Perú*.
https://www.academia.edu/download/35667118/Situacion_EBI_en_Peru.pdf

Tubino, F. (2016). *La Interculturalidad en Cuestión*. Fondo Editorial PUCP.

Tubino, F., & Flores, A. (2020). *La interculturalidad crítica como política de reconocimiento*. Fondo Editorial PUCP.

Tully, J. (2018). Las luchas de los pueblos indígenas por y de la libertad. In *Descolonizar el Derecho Pueblos indígenas, derechos humanos y Estado plurinacional* (pp. 49–98). Palestra Editores.

Zambrano, G. (2023). *Enfoque de interculturalidad, para qué y por qué* | Gustavo Zambrano. IUS 360. <https://ius360.com/enfoque-de-interculturalidad-para-que-y-por-que-gustavo-zambrano/>

Zambrano, G., & Alza, C. (2014). *Pueblos indígenas y establecimiento de agenda: Cambios en la estructura institucional en el Estado Peruano (2000-2011)*. Pontificia Universidad Católica del Perú.

Zavala, V. (2007). *Avances y Desafíos de la Educación Intercultural Bilingüe en Bolivia, Ecuador y Perú*. CARE.

Anexos

Anexo A

Tabla 7

Guía de Entrevistas hacia actores de la Política Sectorial de Salud Intercultural

Formato de Guía de Entrevista			
Fecha de la entrevista		Nombre y apellidos del entrevistado	
Cargo que ocupó durante el proceso		Institución perteneciente	
1. ¿Cómo fue el proceso de creación de la Política Sectorial de Salud Intercultural?			
2. ¿Qué fue lo que más le llamó la atención durante el proceso de creación de la Política Sectorial de Salud Intercultural?			
3. ¿Quiénes fueron los principales actores que participaron durante la creación de la Política Sectorial de Salud Intercultural?			
4. ¿Cuáles fueron las principales dificultades que pudo observar durante la creación de la Política Sectorial de Salud Intercultural?			
5. ¿Hay algún tema adicional que le gustaría añadir que no ha sido incluido en las preguntas anteriores?			

Fuente: Elaboración Propia



Anexo B

Tabla 8

Guía de Entrevista para Oswaldo Salaverry (Ex Director del CENSI)

Formato de Guía de Entrevista			
Fecha de la entrevista		Nombre y apellidos del entrevistado	Oswaldo Salaverry
Cargo que ocupó durante el proceso	Exdirector del CENSI	Institución perteneciente	CENSI
1. ¿Cómo interpretó en su momento la falta de interés de parte de las autoridades del MINSA para apoyar la política?			
2. ¿Podría proporcionar detalles sobre cómo le otorgaron facultades al CENSI para desarrollar la Política Sectorial de Salud Intercultural?			
3. ¿Podría explicar la motivación detrás de continuar con la política a pesar de los desafíos y falta de apoyo al MINSA?			
4. ¿Recibieron asesoramiento o consulta externa durante el proceso de formulación de la Política Sectorial de Salud Intercultural?			
5. ¿Cuál fue la visión a largo plazo detrás de esta política y cómo se ve esa visión en la actualidad?			

Fuente: Elaboración Propia



Anexo C

Tabla 9

Cuadro resumen de las conclusiones

Hipótesis	Pregunta	Conclusión
La Política Sectorial de Salud Intercultural fue creada por la intervención de 3 actores: (i) CENSI; (ii) Organizaciones Indígenas; (iii) Defensoría del Pueblo.	¿Cómo fue el proceso de creación de la Política de Salud Intercultural?	La creación de la política implicó principalmente a 2 actores: El CENSI y las 7 organizaciones indígenas, en donde destacaron AIDSESEP y ONAMIAP, que participaron en un proceso de Consulta Previa para aprobar la política. Fue un proceso complejo que duró aproximadamente 3 años, tuvo como hitos del proceso la realización de 5 macrorregionales a nivel nacional. La Defensoría del Pueblo aparece como un actor que participa únicamente luego que no se apruebe el acta de Consulta Previa por parte de la PCM y el MINSA. Fue a través de una Acción de Amparo que finalmente se llega a firmar la Política por parte de estas instituciones. Sin embargo, luego de aprobada la política, no se ha realizado ninguna planificación para implementarla.
La política tuvo diversas dificultades debido a que no hubo un entendimiento entre el CENSI y las Organizaciones indígenas.	¿Cuáles fueron las principales dificultades que hubo durante el proceso de creación de la Política Sectorial de Salud Intercultural?	Las dificultades fueron principalmente porque no hubo un entendimiento de lo que representaba la salud indígena, ni de cómo lidiar con poblaciones indígenas, ni hubo un interés de instancias como el MINSA o el MINCUL de participar en la política. Se identifican 4 dificultades importantes: (i) Dificultades Logísticas; (ii) Disonancia en el Dialogo; (iii) Dificultades en cuanto al lenguaje;
La Política Sectorial de Salud Intercultural no responde a una necesidad directa de las poblaciones indígenas, por lo que no podría ser pertinente culturalmente.	¿Tiene pertinencia cultural la Política Sectorial de Salud Intercultural?	Se usó el criterio de interculturalidad crítica creada por Fidel Tubino y Adhemir Flores para responder esta pregunta. Luego de revisar que la Política no cuenta con un diálogo adecuado con las poblaciones indígenas, que no se consideró el contexto de la agenda indígena en ese momento, además que se ignoraron algunas peticiones que se realizaban al CENSI, como la creación de postas médicas o el reconocimiento de sus médicos indígenas con un pago por servicio. No existe, entonces, pertinencia cultural del proyecto para los pueblos indígenas, dado que reconocen esta política como <i>sacha</i> política o política falsa.

Fuente: Elaboración Propia