

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD
CATÓLICA DEL PERÚ**

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES



Sacha implementación: Análisis de la implementación del enfoque intercultural en la Diresa Loreto a través del programa de salud de reducción de muertes materno-neonatal en el distrito de Nauta (2018-2020)

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

Silva Romero, Ana Lucía

Asesora:

Ilizarbe Pizarro, Carmen Margarita


Lima, 2025

Informe de Similitud

Yo, Ilizarbe Pizarro, Carmen Margarita, docente de la Facultad de Ciencias Sociales de la Pontificia Universidad Católica del Perú, asesora de la tesis Sacha implementación: Análisis de la implementación del enfoque intercultural en la DIRESA Loreto a través del programa de salud de reducción de muertes materno-neonatal en el distrito de Nauta (2018-2020) de la autora Silva Romero, Ana Lucía dejo constancia de lo siguiente:

- El mencionado documento tiene un índice de puntuación de similitud de 17%. Así lo consigna el reporte de similitud emitido por el software *Turnitin* el 17/02/26.
- He revisado con detalle dicho reporte y la Tesis, 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, 18 de febrero del 2026

Apellidos y nombres del asesor / de la asesora: <u>Ilizarbe Pizarro, Carmen Margarita</u>	
DNI: 10551081	 Firma
ORCID: 0000-0002-4917-2896	

Agradecimientos

A Bian, porque por ti soy.

A mis padres, hermanos y hermana por el respaldo incondicional.

A Juana Silva, por su guía, apoyo e interminables enseñanzas.

A la comunidad nativa de Esparta y todos los pueblos indígenas por su lucha, enseñanzas y resiliencia.

A mi asesora, por la rigurosidad académica, lectura y críticas.

Finalmente, gracias a todas las personas que hicieron de mi trayectoria personal y académica, más amena, mis amigas y amigos.



Resumen

“Sacha” del kichwa lamista significa algo que parece, pero no es. La aprobación Política Nacional de Transversalización del Enfoque intercultural supuso el diseño de una política universal con directrices específicas para definir un servicio intercultural y generar sinergias entre entidades del sector público. En esa línea, la presente tesis se interesa por analizar su proceso de implementación a través de un estudio de caso específico: el programa de reducción de muertes materno-neonatales en el distrito de Nauta a cargo de la Dirección Regional de Salud (DIRESA) de Loreto. De tal manera, el objetivo de la investigación es comprender las estrategias de implementación a partir de los niveles de discrecionalidad de los actores involucrados. Asimismo, se explora de manera crítica las brechas de implementación y la gestión a los desafíos desde sus implementadores: los burócratas de la calle (funcionarios de salud). La hipótesis plantea que existió una ventana de oportunidad y voluntad política para impulsar el tema de la interculturalidad con el propósito de reducir las muertes materno-neonatales. Esto se explica por una alianza multiactor que incluye a funcionarios públicos, ONG's y sociedad civil. No obstante, los desafíos que enfrenta el programa se sustentan en las racionalidades desiguales entre los funcionarios de salud, de presupuesto y una desconexión persistente con especialistas indígenas en salud. Se concluye que no resulta suficiente elevar el presupuesto para mejorar esta experiencia, sino que debe interrelacionarse con la distribución del poder, territorio y la política de los pueblos indígenas.

Palabras clave: Interculturalidad, implementación de políticas públicas, burócratas de la calle, salud intercultural, Loreto.

Índice de contenidos

Introducción	1
Capítulo 1: Diseño de investigación	5
1.1. Revisión de la literatura	5
1.1.1. Complejizando el debate de la interculturalidad	5
1.1.2. La interculturalidad en los servicios públicos	7
1.1.3. La pertinencia cultural en los servicios públicos	9
1.1.3.1. La pertinencia cultural desde la salud.....	11
1.2. Marco teórico	13
1.2.1. Implementación en políticas públicas	13
1.2.2. Implementación desde dos enfoques: desde arriba y desde abajo	14
1.2.3. Burócratas de la calle	15
1.3. Marco metodológico.....	16
1.3.1. Pregunta de investigación.....	16
1.3.2. Hipótesis	16
1.3.3. Metodología	17
Capítulo 2: Transversalizando el enfoque intercultural en el sistema de salud de Loreto	21
2.1. Una implementación pionera e incipiente: la pertinencia cultural desde la salud intercultural en el sistema de salud peruano	21
2.1.1. Breve historia de la pertinencia cultural desde los servicios de salud peruanos	22
2.1. 2. Avances y limitaciones de la salud intercultural	25
2.2. Antecedentes en la DIRESA Loreto: el caso de muertes maternas-neonatales	26
2.2.1. Análisis por periodización del caso	27
2.2.2. Breve balance: avances y límites de salud intercultural.....	31
Capítulo 3: La paradoja del caso atípico: las buenas prácticas y desafíos de la pertinencia cultural desde la perspectiva de sus promotores en la gestión de la salud materna-neonatal en el distrito de Nauta.....	33
3.1. Las peculiaridades socioculturales y de salud del distrito de Nauta	33
3. 2. Indicadores	34
3.3. Transformando la salud materno-neonatal: el proceso de implementación de la estrategia en Nauta	35
3.3.1. Reinventando el Estado desde la interculturalidad: la transversalización del enfoque intercultural desde la perspectiva del Viceministerio de Interculturalidad	38
3.3.2. Repensar la estrategia para nacer bien en la Amazonía: la perspectiva de la Organización no Gubernamental (ONG).....	41
3.3.3. La perspectiva de los burócratas de la calle: una discusión de los funcionarios de salud de la Red de Salud de Nauta.....	45

3.3.4. La atonía de la sociedad civil: la perspectiva de la agente comunitaria de salud y de las madres de la comunidad nativa de Esparta.....	56
3.4. Desafíos en el proceso de transversalización del enfoque intercultural en el programa de reducción de muertes materno-neonatales.....	61
Conclusiones.....	65
Referencias bibliográficas.....	69



Índice de figuras

Figura 1. Ejes temáticos de la PNTEI	10
Figura 2. Pertinencia cultural desde la Política Sectorial de Salud.....	12
Figura 3. Línea del tiempo de instrumentos interculturales 2003-2013	23
Figura 4. Línea de base del Análisis de Situación de Salud Indígena (ASIS).....	28
Figura 5. Muertes maternas y neonatales en 2007, 2012 y 2017	30
Figura 6. Niveles de atención en salud.....	37
Figura 7. Alianzas de la estrategia de reducción de muertes maternas-neonatales.	44
Figura 8. Ubicación y puestos de salud en la provincia de Loreto	50
Figura 9. Leyenda de ubicación de puesto y centros de salud según color en la provincia de Loreto	51
Figura 10. Pertinencia cultural desde el personal de salud	55
Figura 11. Pertinencia cultural desde la sociedad civil	60



Índice de tablas

Tabla 1. Dimensiones e indicadores de la pertinencia cultural	18
Tabla 2. Mapeo de actores	18
Tabla 3. Tabla de focus group	20
Tabla 4. Descripción de indicadores de pertinencia cultural.....	35
Tabla 5. Presupuesto de salud materna-neonatal a nivel de gobiernos regionales en Loreto	51
Tabla 6. Donaciones y transferencias del año 2019 por unidad ejecutora de salud .	52
Tabla 7. Donaciones y transferencias del año 2020 por unidad ejecutora de salud .	52
Tabla 8. Donaciones y transferencias del año 2023 por unidad ejecutora de salud .	53



Lista de acrónimos

ASIS: Análisis de Situación de Salud

ACS: Agente Comunitaria de Salud

BDPI: Base de Datos de Pueblos Indígenas u Originarios

BPI: Buenas Prácticas Interculturales

CENSI: Centro Nacional de Salud Intercultural

DIRESA: Dirección Regional de Salud

GORE: Gobierno Regional

IPRESS: Institución Prestadora de Servicios de Salud

MEF: Ministerio de Economía y Finanzas

MINSA: Ministerio de Salud

MINCUL: Ministerio de Cultura

MINEDU: Ministerio de Educación

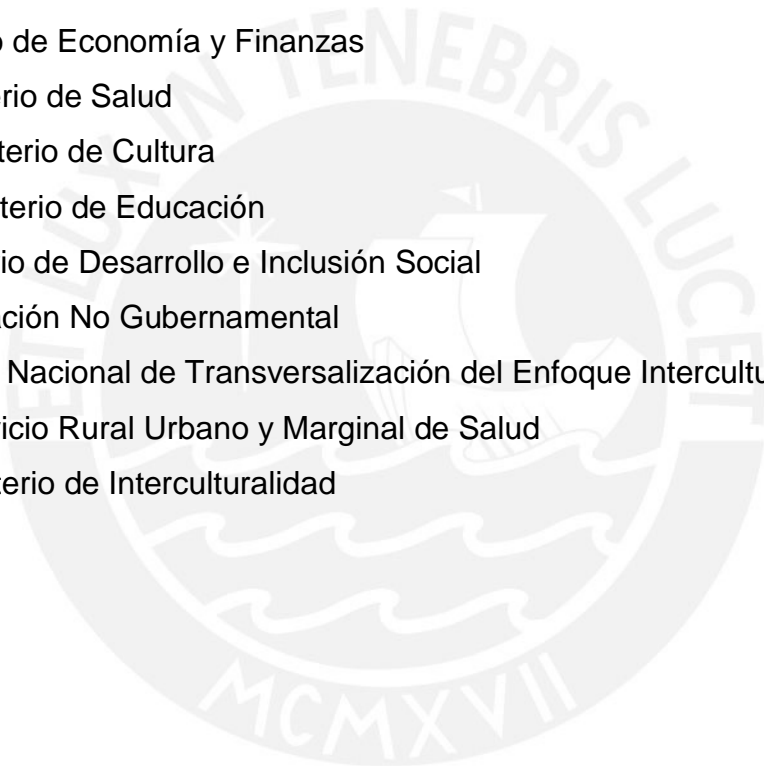
MIDIS: Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social

ONG: Organización No Gubernamental

PNTEI: Política Nacional de Transversalización del Enfoque Intercultural

SERUMS: Servicio Rural Urbano y Marginal de Salud

VMI: Viceministerio de Interculturalidad



Introducción

La Política Nacional para la Transversalización del Enfoque Intercultural (PNTEI) se enmarca dentro del gobierno de Ollanta Humala, quien implementó una serie de políticas dirigidas a sus electores como parte de sus promesas de campaña. Algunos ejemplos refieren al aumento del sueldo mínimo, la aprobación de la Ley de Consulta Previa y la implementación de diversos programas sociales a través de la creación del MIDIS (Encinas et al., 2011). A propósito de ello, su mandato estuvo caracterizado por políticas progresistas para combatir la exclusión social, promesa central de su gobierno (Vásquez, 2013). En ese marco, la PNTEI emerge como resultado de un contexto político favorable y de voluntad política para implementar cuestiones postergadas como la ley mencionada anteriormente.

Durante su gestión, a través del MINCUL, se enfatizó la necesidad de establecer una norma nacional que pudiera guiar las acciones del Estado en cuanto a políticas dirigidas a los pueblos indígenas y afroperuanos. Frente a ello, emerge dicha política cuyo objetivo general es definir, coordinar y guiar las acciones estatales para garantizar los derechos de los pueblos indígenas y afroperuanos a través de un Estado que opera con pertinencia cultural (MINCUL, 2017). De esta manera, más allá de reconocer la diversidad cultural nacional se pretende contar con una política universal que contribuya a la inclusión social y erradicar la discriminación hacia estas poblaciones.

En esa línea, se erige como un instrumento unificador para definir qué es un servicio intercultural desde el Estado. De esta manera, representa una política de alcance universal, lo cual representa un modo de acercamiento a otras entidades del Estado que no contaban con pautas definidas sobre el enfoque intercultural. Adicionalmente, señala cuatro ejes temáticos, aunque la presente tesis se centrará en el eje 1 y, específicamente, en el lineamiento dos: “garantizar estándares de calidad en la prestación de servicios públicos a la ciudadanía que cumplan con criterios pertinentes a las realidades socioculturales y lingüísticas de los diversos grupos culturales” (MINCUL, 2017). La selección de centrar la investigación en ello se sustenta a propósito de analizar la capacidad de gestión intercultural del Estado.

Para evaluar el proceso de implementación, la presente tesis tomará el caso del MINSA, específicamente, el de las políticas interculturales de salud. Esto se explica

porque es uno de los sectores del Estado que más producciones en materia de interculturalidad posee a la par del MINEDU. En esa línea, se analizará un caso específico: la implementación del enfoque intercultural en la DIRESA Loreto a través del programa de salud de reducción de muertes materno-neonatal en Nauta. El criterio de selección de este caso es que este distrito resultó ganador del “Concurso Buenas Prácticas Interculturales en la Gestión Pública: La Diversidad es lo Nuestro” promovida por el MINCUL, en la V edición de 2018. En tal sentido, la DIRESA Loreto es premiada en la categoría de salud mediante la buena práctica intercultural “Nacer bien en la Amazonia indígena: Formación de recursos humanos en salud, servicios de salud materno-neonatal pertinentes y articulación con parteras tradicionales en los distritos de Mazán, Indiana y Nauta” (MINCUL, 2018).

De tal manera, la presente tesis se inscribe en el campo de debate en el que se reconoce ciertos avances en la implementación de las políticas interculturales en el que, precisamente, la PNTEI funge como una herramienta que sirve para unificar al Estado en materia de pueblos indígenas y garantizar sus derechos. Esta política involucra de manera directa al VMI como entidad que formula directrices para la adecuada implementación de la política nacional (MINCUL, 2015b). Por consiguiente, se extiende a servidores públicos responsables del diseño y la gestión de servicios públicos en distintos ámbitos gubernamentales. Con esto, se dirige a todo el Poder Ejecutivo, es decir, todos los ministerios y organismos públicos.

Sin embargo, la PNTEI ha comenzado a ser vista con preocupación en el debate público, porque ha enfrentado una serie de desafíos para su implementación. Una primera explicación de ello se ha abordado desde las cuestiones que abarcan el diseño de la Política. En esa línea, una de las mayores debilidades que enfrenta es que fue diseñada con una escasa participación de los grupos indígenas. Esto se explica porque se buscó hacerla lo más simple posible y sin controversia para que, principalmente, se coloque al VMI como responsable en materia de interculturalidad (P. Balbuena, comunicación personal, 2023). Por esta razón, se inscribe como una política nominativa que proyecta directrices hacia los niveles local, regional y local en la búsqueda de que se tome en cuenta el enfoque intercultural (Gómez, 2021).

Una segunda explicación de los desafíos que la PNTEI enfrenta se ha abordado a partir de cuestiones de debilidad institucional desde el VMI, institución rectora. Por un lado, se ha argumentado la aun posición compleja y débil en la que se encuentra para generar sinergias con otras entidades estatales, lo cual la ha dotado como un actor

con capacidad baja frente a otros en la implementación de políticas interculturales (Torrejón, 2018). Por otro lado, se debate sobre la existencia de un contexto político complejo atravesado por una posición volátil del Gobierno en relación con la agenda de la población culturalmente diversa que se traduce en cargos rotativos constantes dentro del MINCUL (Diez, 2016).

Por ello, el caso de estudio pretende recuperar los avances del sector salud en la adecuación cultural de servicios públicos. De igual manera, revela y contrasta importantes hallazgos sobre el rol del MINSA en la implementación políticas enfocadas en la reducción de la morbilidad materno-infantil. Precisamente, la iniciativa de “Nacer bien la Amazonía indígena” impulsada desde la DIRESA Loreto se erige a través de una alianza concretada a través del diálogo entre esta institución con las gestantes y las parteras tradicionales con el propósito de adecuar los establecimientos de salud. El éxito de la iniciativa es que logró reducir en un 40 % la mortalidad materna y neonatal en las comunidades de Mazán, Indiana y Nauta en 2018 (Palomino, 2018). No obstante, se explorará sobre todo el caso de Nauta, dado que es de los distritos que más ha sido estudiado. Adicionalmente, para el trabajo de campo, fue más accesible que los otros dos distritos antes mencionados.

Por lo expuesto, la experiencia sectorial y regional de la DIRESA Loreto es valiosa para comprender qué factores contribuyeron a que haya adecuado sus servicios de salud con pertinencia cultural en el programa de salud de reducción de mortalidad materna-natal en el distrito de Nauta. En ese sentido, la tesis se estructurará en tres secciones. Una primera parte contempla el diseño de investigación destacando la revisión de literatura, la metodología de investigación, la pregunta e hipótesis. En la segunda parte se realiza la reconstrucción del caso a través de la historización de la pertinencia cultural en los servicios rescatando sus avances y desafíos en el caso de mortalidad materna-neonatal. En la última sección se aterriza en el caso amazónico y sus peculiaridades indagando en el caso de Nauta y su estrategia de reducción de dichas morbilidades.

En síntesis, la presente tesis tomará un caso donde el Estado ve una serie de avances y que ha reconocido: la adecuación de servicios con pertinencia cultural en los servicios de atención de salud materna-neonatal en Nauta, Loreto, en el periodo de 2018 a 2020. En ese sentido, el caso de centra en analizar cómo se busca fortalecer la capacidad de gestión intercultural a partir de asegurar la prestación de servicios con pertinencia intercultural desde la salud. De tal forma, se podrá evaluar

la implementación del enfoque intercultural en la salud enfatizando la promoción de servicios con pertinencia cultural, el cual corresponde al eje 1 de la PNTEI. Adicionalmente, a través de este caso, se pueden examinar las debilidades y desafíos que pudieron surgir en el proceso de implementación.



Capítulo 1: Diseño de investigación

El presente capítulo tiene como objetivo presentar el diseño de investigación de la tesis. En primer lugar, se realizará un repaso de la literatura sobre la que versa la interculturalidad rescatando sus críticas y su comprensión dentro de las instituciones y servicios públicos. En esa línea, se profundizará uno de sus componentes y objeto de estudio de la presente investigación: la pertinencia cultural. En segundo lugar, se presentará el marco teórico que destaca los modelos de implementación, así como los burócratas de la calle. En tercer lugar, se plantea la pregunta de investigación y la hipótesis. Finalmente, se detalla la metodología de investigación cualitativa que se realizará a través de un estudio de caso, el mapeo de actores y documentos oficiales.

1.1. Revisión de la literatura

1.1.1. Complejizando el debate de la interculturalidad

Existen diversos retos en el aseguramiento de institucionalidad en materia de pueblos indígenas desde el VMI como, por ejemplo, su debilidad frente a otros sectores del Estado al momento de llevar a cabo procesos como la Consulta Previa. De igual manera, no se ha posicionado suficientemente la problemática de pueblos indígenas dentro de la agenda gubernamental. Es en este punto que resulta relevante complejizar el debate en torno a la interculturalidad. Esto último a propósito de analizar la perspectiva del Estado y su posición respecto de esta.

Una primera aproximación, según Heise, Tubino y Ardito (1994) es que existen tres dimensiones a considerar al pensar en la interculturalidad. La dimensión normativa se refiere a la forma en que debieran darse las relaciones entre culturas, es decir, está pensada como un modelo. La dimensión factual, por el contrario, representa la forma en que se dan las relaciones entre culturas, por lo que representa un diagnóstico sobre las formas de desigualdad múltiple de raíz histórica, formas de colaboración y articulación cultural social. Finalmente, y esta la que debe concebirse como el ideal para una transformación intercultural real desde el Estado, se encuentra la dimensión política. En palabras de los autores, se refiere a la forma en que se plantea moldear o transformar las relaciones entre culturas, ejemplo de ello son la ley de Consulta Previa o la ley de lenguas.

Tomando en cuenta la dimensión política, de acuerdo con Tubino (2002), la propuesta ético-política de la interculturalidad persigue el reconocimiento de la diversidad cultural en las sociedades y la igualdad entre las diferentes culturas. De este modo, el objetivo principal se enrumba en mejorar la definición de ciudadanía para incluir el reconocimiento de los derechos culturales de todas las culturas étnicas que coexisten dentro del Estado, además de los derechos ya establecidos. Entonces, de acuerdo con el autor, para lograr esto, resulta imperativo abandonar la idea de homogeneización y construir relaciones respetuosas, horizontales y de conocimiento mutuo entre las diferentes culturas. Frente a ello, es que el diálogo intercultural se inscribe dentro de un marco que asume de manera positiva la diversidad cultural a fin de mantener relaciones horizontales (Fuller, 2002).

De otro lado, Ilizarbe (2019a) recupera la perspectiva del desacuerdo de Rancière para argumentar lo siguiente: el proyecto intercultural debe tomar en cuenta las desigualdades, que supone, a su vez, el desacuerdo, ya que las relaciones interculturales contienen significados distintos. Entonces, la autora evidencia que la interculturalidad supone, necesariamente, puntos de vista discrepantes y conflictivos a propósito de los significados divergentes entre los interlocutores alrededor de un mismo objeto. Frente a ello, enfatiza en que el diálogo no se da por sentado, ya que esta no es garantía de entendimiento, dado que tanto el Estado como los grupos indígenas poseen un lenguaje y bagajes culturales propios. Mientras los primeros la conciben como instrumento que construye consensos de acuerdo con procesos fijos, los segundos la asimilan como una oportunidad de negociación, aunque manteniendo una relación lejana con el Estado.

Desde una perspectiva más crítica, se ha discutido que la interculturalidad no resulta suficiente para enfrentar las desigualdades estructurales que impactan de manera negativa a las poblaciones culturalmente diversas. En ese sentido, tomando en cuenta a Fraser (2006), este enfoque solo representa un componente de la justicia multidimensional, por lo cual debe ir más allá del reconocimiento de cultivar la identidad indígena e interrelacionarse con la redistribución socioeconómica, del poder y del territorio, y la representación política. Dicho de otro modo, citando a Balarín (2012), persisten límites entre el reconocimiento y redistribución en las políticas interculturales, por lo cual no se ha dado paso a una real distribución de poderes como recursos. A través de esta línea de investigación, se comprende que el desafío de la interculturalidad radica en establecer fronteras conceptuales precisas entre el

reconocimiento y la redistribución, con la finalidad de facilitar que las comunidades indígenas se desarrollen autónomamente.

Por todo ello, el VMI se posiciona en una posición compleja para tender puentes interculturales entre locutores con divergentes condiciones sociales y económicas que puedan comprenderse como escucharse para construir consensos de manera progresiva. Tal como lo hace notar Ilizarbe (2002), esto supone construir no solo canales de diálogo, sino, principalmente, se trata de fomentar el reconocimiento y respeto de las diferencias. No obstante, esto no se promoverá a través de la distancia, sino desde la apertura y comprensión de lo considerado diferente para redefinir los términos de convivencia. Frente a ello, la autora enfatiza que el nuevo contrato social requiere adecuar el sistema político a las características específicas de la sociedad que, para el caso concreto, toma como pilares fundamentales a los capitales políticos y culturales de los grupos diversos. A partir de ello, se asegura la representación de los diversos actores en el sistema, a su vez, de la adecuación del sistema a sus particularidades.

1.1.2. La interculturalidad en los servicios públicos

El Perú se ha enrumado en la necesidad de crear “institucionalidad estatal” en materia de pueblos indígenas. Dicho de otro modo, se ha encargado de diseñar instrumentos para abordar problemáticas que estas poblaciones enfrentan. Esto ha respondido a una serie de procesos, tal es caso de la ratificación del Convenio 169 en 1995, la apertura democrática y el esfuerzo de emprendedores de políticas que la impulsaron (Alza y Zambrano, 2015). Adicional a ello, según Abanto, a nivel de América Latina también se comenzaron a impulsar propuestas que buscaron “transverzalizar la gestión de los asuntos indígenas en el conjunto de la gestión de los diversos sectores y políticas públicas” (2011, p. 2).

En ese sentido, los Estados han empleado dos mecanismos diferentes y complementarios. De un lado, se implementaron mecanismos de coordinación en diferentes sectores gubernamentales para orientar sus políticas hacia la atención de las comunidades indígenas. De otro lado, en las agencias estatales encargadas del diseño y coordinación de políticas sectoriales en áreas como la salud o educación, se comenzaron a establecer espacios internos encargados de asegurar que los temas relacionados con las comunidades indígenas sean integrados adecuadamente en la

labor específica de sus sectores (Abanto, 2011).

En esa línea, se discuten dos antecedentes importantes relacionados a estos mecanismos impulsados desde el Estado. Por un lado, se señala a la Comisión Nacional de los Pueblos Andinos y Amazónicos (CONAPA), la cual se creó como un organismo dependiente de la Presidencia del Consejo de Ministros (PCM) en el gobierno de Alejandro Toledo que contaba con representantes indígenas en la toma de decisiones (Oliart, 2002). Esta se describía como una entidad encargada de facilitar la coordinación y relación entre dichas poblaciones, el Estado, y el mercado. No obstante, pasaría a convertirse, en 2005 en el Instituto Nacional de Desarrollo de los Pueblos Andinos, Amazónicos y Afroperuanos (INDEPA) bajo la rectoría de la primera dama Eliane Karp. A diferencia de la primera, se le dotó de una categoría especial: se erigió como un organismo público con autonomía técnica, administrativa y con rango ministerial (Ramos y Ramos, 2015).

Más recientemente, se dotó de capacidades específicas para el desarrollo de políticas en materia de pueblos indígenas al MINCUL, el cual se constituiría como un actor con voz propia para la toma de decisiones en el Poder Ejecutivo (Lescano y Vich, 2016). Internamente, el subsector estatal que funge como rector para resguardar y hacer efectivos los derechos de estas poblaciones es el VMI. Esta instancia recoge el elemento de la interculturalidad en la promoción de políticas públicas en materia indígena. En ese sentido, resulta importante discutir las fortalezas y debilidades con las que emerge con el propósito de analizar su efectividad para crear institucionalidad estatal en materia indígena.

Por un lado, una de las principales fortalezas que se discute, es que, a diferencia de otras instituciones predecesoras, el VMI se caracteriza por ser una institución inscrita de manera permanente en un sector concreto, en este caso al Mincul. CONAPA e INDEPA cambiaban de entidad constantemente, con lo que necesitaban ajustarse a los documentos de gestión del sector al que se incorporaban, lo cual reducía su capacidad de desempeño y cumplir con sus funciones (Abanto, 2011). Por su parte, el VMI cuenta con un peso político más alto por la transversalización del enfoque intercultural de las políticas públicas desde el Ejecutivo, así como funcionarios continuamente capacitados en materia de derechos de pueblos indígenas (Sanborn y Hurtado, 2016). De esta manera, se ha avanzado en la promoción de una legislación indígena pionera frente a otros países de la región. Ello se expresa en que el Perú ha sido uno de los primeros países de la región en adoptar programas como

la educación intercultural bilingüe (EIB), así como una ley de Consulta Previa en ser la primera en implementarse en América Latina (Bensa y Zambrano, 2019).

Por otro lado, las debilidades que se discuten alrededor de la creación del VMI son mayores. Balarín (2012) enfatiza lo siguiente: “el VMI se crea sin las características que se consideran importantes para garantizar la “institucionalidad indígena” como la autonomía, la transectorialidad y la participación de las organizaciones indígenas” (como se citó en Pizarro, 2021, p. 72). Por esta razón, según la autora, la construcción de dicha institucionalidad, es decir, la capacidad de desarrollar una gestión pública adecuada las necesidades y demandas indígenas, es precaria y contradictoria. Adicionalmente, Espinosa (2019) manifiesta que el VMI enfrenta una falta de presupuesto adecuado y encuentra una alta debilidad frente a otros sectores del Estado. Dicha debilidad es discutida por Díez (2016) al señalar que, por ejemplo, para el caso de la Consulta Previa, la implementación recae en distintas instituciones del Estado de acuerdo con la medida a consultar.

Por todo lo discutido anteriormente, se pueden destacar avances positivos en la creación de una institucionalidad estatal en materia de pueblos indígenas, a diferencia de otros países de la región. Sin embargo, estos son aún incipientes y las políticas que se han impulsado desde el Estado hacia estas poblaciones distan de ser sólidas. Esto se explica porque no se han desarrollado instituciones con capacidad tangible que respondan a las necesidades y demandas de dichas poblaciones, ni se ha posicionado suficientemente la problemática de pueblos indígenas dentro de la agenda gubernamental (Abanto 2011; Balarín 2012; Alza y Zambrano 2015).

1.1.3. La pertinencia cultural en los servicios públicos

De acuerdo con Correa, con la creación del MINCUL y el diseño del VMI como un órgano especializado en materia de interculturalidad se marcó un precedente para definir a una institución con rectoría sectorial que “permitió generar nuevas oportunidades para posicionar al enfoque intercultural en la agenda de la gestión pública” (2016, p. 174). Dicho de otro modo, prosiguiendo con la autora, es a través del VMI que se extendió una concepción universal de cómo se entiende el enfoque intercultural desde el Estado, el cual se expresa como un proceso de adaptación de las instituciones públicas las necesidades de los grupos culturalmente diversos, cuya visión se ha extendido a través de documentos de política como guías.

En esa línea, es preciso enfatizar que, a partir de ello, se han construido debates sobre la relevancia de transversalizar el enfoque intercultural y la manera en cómo debe expresarse desde el Estado. En ese sentido, para la Defensoría del Pueblo refiere a lo siguiente: “La transversalización del enfoque intercultural en las políticas públicas implica que los programas, proyectos y servicios que desarrolla el Estado promuevan la plena efectividad de los derechos de los pueblos, especialmente de aquellos históricamente discriminados, respetando su cultura” (2015, p. 9). Ello se expresa en el compromiso por parte del aparato estatal de asegurar que los pueblos sean consultados durante la formulación e implementación de políticas públicas.

A partir de esto, la PNTEI destaca que uno de los componentes centrales en la transversalización del enfoque intercultural es brindar servicios con pertinencia cultural. En esa línea, señala cuatro ejes temáticos. Para explicar ello, y con el propósito de resumir los productos más relevantes que se discuten en la Política, se presenta la siguiente figura 1.

Figura 1.

Ejes temáticos de la PNTEI



Fuente: Ministerio de Cultura (s/f).

De tal manera, la aproximación desde esta Política a la pertinencia cultural destaca tres componentes centrales. Primero, establece promover la adecuación progresiva de los servicios, considerando las particularidades culturales y lingüísticas de la población culturalmente diversa. Segundo, destaca fortalecer capacidades y competencias de los burócratas. Finalmente, enfatiza en promover el uso de las lenguas indígenas en la prestación de los servicios públicos (MINCUL, 2015c). De

esta manera, para la PNTEI la pertinencia cultural refiere a contar con servidores públicos competentes en materia de interculturalidad, promover las lenguas indígenas en las prestaciones de servicios y adecuar progresivamente estos servicios a realidades culturales de los grupos culturalmente diversos.

En esa misma línea, se han establecido otras aproximaciones desde el MINCUL a través de documentos y guías informativas. De esta manera, de acuerdo con esta institución, se expresa que la pertinencia cultural se caracteriza por tres aspectos centrales. Primero, debe ser libre de discriminación, ya que se debe priorizar un trato igualitario y con respeto a las personas independientemente de sus características. Segundo son servicios bilingües, por lo que debe brindar servicios de acuerdo con la lengua predominante en la comunidad para permitir que se comuniquen en una lengua distinta al castellano. Finalmente, incorpora a través del respeto las perspectivas culturales de las poblaciones en la que operan (MINCUL, 2015a, p. 22).

Tomando en cuenta lo discutido anteriormente, los servicios públicos que operan con pertinencia cultural desde el Estado son aquellos que integran el enfoque intercultural en su gestión. De este modo, proporcionan servicios que se adapten a las especificidades culturales de la comunidad donde se interviene, sea cultural, ambiental o lingüísticamente, garantizando así una atención apropiada (MINCUL, 2015b, p. 37). Por esta razón, operar bajo este enfoque compromete dos aspectos centrales. Por un lado, implica adaptar los servicios en relación con las características ambientales, socioeconómicas, lingüísticas, geográficas y culturales de las poblaciones. Por otro lado, incluye la valoración e incorporación de la cosmovisión del desarrollo de las poblaciones asentadas en la comunidad.

1.1.3.1. La pertinencia cultural desde la salud

El enfoque intercultural en las políticas públicas precede a la creación del Viceministerio de Interculturalidad (VMI). Ejemplo de ello son los casos que se discuten en dos sectores pioneros: educación y salud. Por un lado, los proyectos de Educación Intercultural Bilingüe (EIB) se encuentran presentes desde el gobierno de Velasco. Dichos proyectos se impulsaron en alianza con ONG extranjeras y organismos de gobierno. No obstante, se desconoce en qué momento se adopta el término “intercultural” (Valdiviezo y Valdiviezo, 2008). Del mismo modo, la EIB se

extendió hasta el gobierno de Alan García mediante la creación de la primera Dirección de Educación Bilingüe en el Ministerio de Educación (Montoya, 2001).

Por otro lado, desde 2002, el MINSA, a través del CENSI, ha impulsado propuestas de política, estrategias y normas en materia de salud intercultural. De igual manera, a través de esta institución, se diseñan herramientas para abordar con pertinencia cultural problemas de salud que tienen un mayor impacto en las comunidades indígenas y afroperuanas, como el VIH/SIDA, tuberculosis, entre otros (MINSA, 2020a). De esta manera, se dio forma a la salud intercultural destinada a brindar servicios con pertinencia cultural. Esta pertinencia se asocia con las cuatro líneas establecidas por el MINSA, las cuales se muestran en la figura 2.

Figura 2.

Pertinencia cultural desde la Política Sectorial de Salud



Fuente: Ministerio de Salud (2022).

Como se aprecia en la figura 2, la pertinencia cultural desde la salud implica, primero, una gestión para la calidad de atención, para lo cual el establecimiento de salud debe organizarse y planificarse comprometiendo a todo el personal. Segundo, se revaloriza el sistema de salud tradicional con el propósito de visualizar y evidenciar a los actores que la practican. Tercero, es fundamental contar con recursos humanos que promueven la salud intercultural a través del desarrollo de competencias que favorezcan el diálogo intercultural. Finalmente, la salud intercultural promueve la participación ciudadana de manera directa y participativa en las todas las etapas del ciclo de política pública dentro del establecimiento de salud.

En este sentido, el MINSA ha establecido que cuando un establecimiento de salud cumpla con más del 80% de estos criterios, la Dirección Regional de Salud (DIRESA),

Dirección de Redes Integradas de Salud (DIRIS), Gerencia Regional de Salud (GERESA) o la que haga las veces como responsable informa a la Dirección de Pueblos Indígenas u Originarios del MINSA. A partir de ello, es que esta institución se encarga de la elaboración de un Plan de sostenibilidad de salud, el cual debe contar, a propósito del enfoque intercultural, con la participación de actores comunitarios y políticos de la localidad. Por esta razón, existen responsabilidades en tres niveles: nacional, a través del MINSA, regional, mediante la DIRIS/GERESA o la que haga sus veces, y local, responsables de implementar los servicios en coordinación con las Redes de Salud. Es importante precisar que el Centro de Salud de Nauta es el único que cuenta con las cuatro líneas de acción, es decir, cuenta con pertinencia cultural. Esta discusión y los hallazgos se retomarán en el capítulo 3.

1.2. Marco teórico

1.2.1. Implementación en políticas públicas

La implementación representa la penúltima etapa en el ciclo de políticas públicas. De esta manera, una línea de acción establecida en el diseño pasa a ser transformada en un curso de acción específico. En esa línea, la literatura destaca que es necesario tomar en cuenta los problemas y dificultades durante el proceso de diseño de las políticas públicas. Esto se explica por los desafíos que supone transformar la investigación y evidencia de la etapa de diseño para orientarlas en la práctica (Thomas y Grindle, 1990). Del mismo modo, se expone la naturaleza compleja de la implementación, ya que es un proceso interactivo, interdependiente, y a veces turbulento. Por esta razón, no se puede asumir que la implementación se hace de la manera preconcebida.

En esa línea, un grupo de estudios destaca dos enfoques para el análisis del proceso de implementación en políticas públicas. En ese sentido, la perspectiva analizada por Elmore (1980) distingue entre diseño prospectivo (*forward mapping*), que es parte de un enfoque convencional del análisis de políticas, y el diseño retrospectivo (*backward mapping*), que se erige como el más relevante para asegurar el éxito de las políticas. Por un lado, el primero parte del supuesto incuestionado de que los diseñadores de las políticas ejercen un control sobre el proceso de implementación al establecer los objetivos, las etapas de cumplimiento para dichos objetivos y los controles administrativos. No obstante, la crítica de este enfoque es

que expone que la implementación se encuentra determinada desde arriba.

Por otro lado, en contraste, el diseño retrospectivo, según Elmore (1980), analiza el proceso de implementación desde los niveles organizacionales más bajos, para identificar conflicto de intereses entre las decisiones administrativas y los comportamiento o intereses individuales. Por ello, este enfoque enfatiza sobre la necesidad de desarrollar mecanismos informales que deleguen la autoridad para dispersar su centralidad hacia otros funcionarios públicos. Dicho de otro modo, refuta el supuesto de que la implementación está definida desde arriba, ya que más bien supone un proceso descentralizado y disperso. Ante esto, el diseño retrospectivo propone evaluar la descripción del comportamiento por su carácter discrecional, definir los efectos y metas, definir el nivel de influencia en cada nivel y determinar los recursos.

1.2.2. Implementación desde dos enfoques: desde arriba y desde abajo

La literatura discute dos enfoques para entender y estudiar el proceso de implementación: el enfoque “de arriba hacia abajo” (top-down) y el “de abajo hacia arriba” (bottom-up). Por un lado, en el primero, se priorizan las metas establecidas por los diseñadores de políticas en la cúspide jerárquica. Luego se traza el camino de diseño e implementación que desciende gradualmente hacia los niveles inferiores, específicamente a los beneficiarios (Pressman y Wildavsky, 1973; Bardach, 1977). Adicionalmente, destaca la existencia de un carácter político de la implementación, ya que corresponde a los decisores de políticas aplicar las directrices de las políticas públicas (Sabatier y Mazmanian, 1983). De esta manera, este enfoque sostiene que el énfasis recae en las jerarquías, el control y la coordinación entre organismos gubernamentales.

Por otro lado, la perspectiva centrada en los implementadores de nivel inferior (bottom-up) resalta la secuencia de la implementación que se origina en este nivel y progresa hacia los responsables de la toma de decisiones de alto rango. En ese sentido, los implementadores operan en estrecha proximidad con los beneficiarios finales, enfatizando la relevancia de la estructura organizativa local, el entorno institucional y los agentes que ofrecen servicios públicos (Lipsky, 1976; Berman, 1975). Del mismo modo, este enfoque sostiene que la implementación implica una adaptación recíproca entre las directrices establecidas, la disposición de los

formuladores de políticas y la realidad circundante.

Por ello, estos implementadores de nivel inferior, también conocidos como "burocracias de base", llevan a cabo dicha adaptación basándose en un margen de discrecionalidad para resolver o generar problemas (Williams, 1980). Ante ello, tal como lo señala Anicama, se toma "como punto de partida a los actores ubicados en la zona de influencia directa de la política" (2021, p. 7). En tal sentido, el concepto del enfoque "desde abajo" tomará la visión de esta autora en la que la implementación se conceptualiza como un procedimiento creativo. En consecuencia, la política experimenta modificaciones y adaptaciones en los estratos inferiores, es decir, desde los funcionarios burocráticos directos en función de sus intereses (Ferree, 2007).

1.2.3. Burócratas de la calle

Se ha discutido que la naturaleza de la implementación en políticas pública es un proceso altamente interactivo y, a veces turbulento. Esto último puede explicarse porque las directrices de política "desde arriba" son interpretadas y adaptadas por los funcionarios porque los programas tienen que pasar por la burocracia para llegar a sus beneficiarios (Elmore, 1980). Es importante resaltar que quienes realizan esta adaptación son los "burócratas de la calle". Se ha discutido ampliamente su participación en la democracia, pues son el punto de encuentro entre el Estado y la sociedad. Ello se sustenta porque moldean las percepciones que tienen las y los ciudadanos sobre el aparato estatal, distribuyen tanto el acceso como la restricción a derechos y ejercen control sobre la población (Lipsky, 1980).

Precisamente esta burocracia posee un grado de discrecionalidad en la interpretación de las directrices de las políticas, ya que poseen autonomía para tomar decisiones. Por esta razón, existe un grado de reformulación en la implementación, ya que son hacedores de política y no únicamente implementadores, ya que sus decisiones modifican la política (Fesler y Kettl, 1996). En este proceso luchan diferentes fuerzas para dar forma a las políticas, incluso después de que se aprueban las normas correspondientes. Por ello, no son imparciales, sino trabajan en relación directa con la población movilizándolo relaciones, percepciones de otros y prejuicios. De tal manera, hay una naturaleza política de la implementación donde los implementadores están en condiciones de modificar los programas.

A pesar de ello, el debate respecto de los burócratas de la calle no ha sido vasto

desde la academia. No obstante, esta discusión ha sido retomada por algunos autores y autores. En esa línea, Iizarbe enfatiza que a pesar de que un programa social pueda ser participativa e inclusivo en su diseño, la implementación no depende de ello, sino de cómo los “operadores organizan su actividad en el terreno” (2019b, p. 61). Esto último recupera las implicancias del proceso de implementación: las políticas experimentan modificaciones a partir de la discrecionalidad de los implementadores. Por ello, los resultados dependen de su organización y actividad en la ejecución. De igual manera, es relevante recuperar la discusión sobre los burócratas de la calle ya que, por un lado, ayuda a comprender las estrategias que desarrollan para favorecer o perjudicar a los ciudadanos. Por otro lado, pueden ayudar a reducir las brechas de implementación o, por el contrario, impedir que la política se implemente (Paredes et al., 2018).

1.3. Marco metodológico

1.3.1. Pregunta de investigación

El tema sobre el que versa el presente trabajo de investigación es el análisis del proceso de implementación de la PNTEI. Para ello, se tomará el caso de la adecuación cultural en los servicios de salud materno-neonatal en Nauta. Esto último con el propósito de evaluar tanto los avances como los retos que surgen en el proceso de implementación del enfoque intercultural al momento de promover la pertinencia cultural en los servicios de salud en comunidades indígenas de Loreto. En ese sentido, se ha planteado la siguiente pregunta de investigación.

- a) ¿Qué factores favorecieron y obstaculizaron la implementación de servicios de salud materno-neonatal con pertinencia cultural en la provincia de Nauta (2018-2020)?

1.3.2. Hipótesis

Para responder a la pregunta de investigación formulada, se ha planteado la siguiente hipótesis:

- a) Por un lado, los factores que favorecieron la adecuación de servicios de salud con pertinencia cultural en la DIRESA Loreto son dos. Primero, se ha fortalecido la capacitación del personal salud en materia de salud intercultural. Ello ha

generado la creación de diálogos interculturales con las poblaciones indígenas que acuden al servicio de salud. Segundo, se desarrollaron alianzas multiactores. En esa línea, el MINSA, las ONG, y las parteras implementaron el diálogo intercultural como estrategia principal contribuir a la disminución de índices de mortalidad materna-neonatal. Ello se explica como resultado de una ventana de oportunidad y de voluntad política entre estos actores.

- b) Por otro lado, los factores que limitaron la ejecución de servicios de salud con pertinencia cultural para el programa de salud materno-neonatal en Nauta refieren a que, por un lado, existe un desarrollo desigual en las capacidades interculturales que se ofrecen desde la oferta estatal en los servicios de salud. Dicho de otro modo, las estrategias estatales que se han desarrollado en la DIRESA Loreto para el distrito de Nauta no necesariamente son compartidas entre todo el personal de salud. Adicionalmente, por otro lado, a pesar de contar con protocolos elaborados para atención en salud intercultural, estas estrategias no se han enganchado de manera sostenida con un trabajo articulado con especialistas indígenas en materia de salud, tal es caso de las parteras.

1.3.3. Metodología

La presente tesis versa en una investigación de enfoque cualitativo que se desarrollará a través de un estudio de caso. En ese sentido, se analizará la implementación del lineamiento 2, eje 1 de la PNTEI que refiere a la prestación de servicios con pertinencia cultural. Para evaluarlo, se tomará el caso de la DIRESA Loreto a través de la Red de Salud de Nauta, al ser parte de un sector específico del Estado: la salud intercultural.

En relación con ello, se realizó un mapeo y recolección sobre documentos que el VMI ha producido para implementar la pertinencia cultural, los cuales incluyen una serie de políticas y normativas. En paralelo, se realizó una revisión de fuentes primarias vinculadas con el proceso de implementación del enfoque intercultural en los servicios de salud materno-neonatal en Nauta. A partir de la revisión de estos documentos, se construyó una tabla de las dimensiones e indicadores para realizar la evaluación de la pertinencia cultural en los servicios de salud materno-natal en Nauta. Estos se presentan en la siguiente tabla 1.

Tabla 1.

Dimensiones e indicadores de la pertinencia cultural

Dimensión	Indicadores
Gestión para la calidad de atención	Canales de atención bilingüe
	Espacios de atención de salud y diálogo formal con las poblaciones indígenas
	Revalorización del sistema tradicional entre entidades estatales que brindan el servicio de salud intercultural
Recursos humanos	Número de capacitaciones o material empleado desde el MINCUL en temas interculturales para el personal de salud
	Personal de salud que habla una lengua nativa o tiene experiencia con población indígena

Fuente: Elaboración propia en base a MINSA (2016) y MINCUL (2015b).

De igual manera, se realizó un mapeo de actores involucrados en el proceso de implementación del enfoque intercultural en la DIRESA Loreto a través del programa de salud de reducción de muertes materno-neonatal en el distrito de Nauta. Esto último con el propósito de realizar entrevistas semiestructuradas que permitirán conocer el diseño de la PNTEI y el proceso de implementación en servicios de salud en el distrito de Nauta tomando en cuenta a los burócratas y la sociedad civil. Esto se presenta en la siguiente tabla 2.

Tabla 2.

Mapeo de actores

Ministerio de Cultura	
Entrevista 1	Patricia Balbuena Palacios – Ex Viceministra de Interculturalidad de 2013 a 2016 y Ex Ministra de Cultura en 2018
Ministerio de Salud	
Entrevista 2	Jackson Shuña – Ex Director del Hospital II-1 de Nauta en 2017 y actual Director de la Red de Salud Loreto Nauta
Entrevista 3	José Ernesto Zico Urteaga Taminche – Jefe de la coordinación de metales pesados y pueblos indígenas de la Red de Salud Loreto Nauta
Entrevista 4	Brigithe Burga – Ex médico residente y coordinadora de salud sexual y reproductiva en la Red de Salud de Nauta de 2017 a 2023

Entrevista 5	Maura Pachas – Ex médico residente en el Centro de Salud de Indiana de 2016 a 2018
Organización No Gubernamental (ONG)	
Entrevista 6	Jely Palomino Flores – Ex coordinadora regional de Loreto de la ONG Salud Sin Límites Perú de 2017 a 2020
Entrevista 7	Andrés Chuzón - Ex coordinador regional de Loreto de la ONG Salud Sin Límites Perú de 2017 a 2020
Entrevista 8	Magaly Blas – Directora de la ONG Mamás del Río
Sociedad civil	
Entrevista 9	María Juana Pacaya – Actual agente Comunitaria de Salud de la Comunidad Nativa de Esparta, provincia de Nauta en Loreto

Fuente: Elaboración propia

En función de la tabla 3, se realizaron entrevistas semi estructuradas y observación no participante a funcionarios públicos, ONG y sociedad civil. En lo que refiere a funcionarios públicos, en el sector cultura, se dialogó con la ex viceministra de interculturalidad y ministra de cultura en 2018. Para el caso del sector salud y sociedad civil, se realizó el trabajo de campo en el distrito de Nauta, provincia de Loreto, departamento de Loreto del 31 de enero al 5 de febrero del 2024. Este viaje fue posible a propósito de que la autora resultó ganadora del “Fondo Concursable para el Trabajo de Campo en Regiones de Ciencia Política y Gobierno 2023-2”. En esa línea, en lo que refiere a funcionarios públicos de salud, se realizaron cuatro entrevistas que contemplan directores generales, coordinadores y médicas residentes. Respecto de la sociedad civil, se entrevistó a la ACS de la comunidad nativa de Esparta ubicada en el distrito de Nauta.

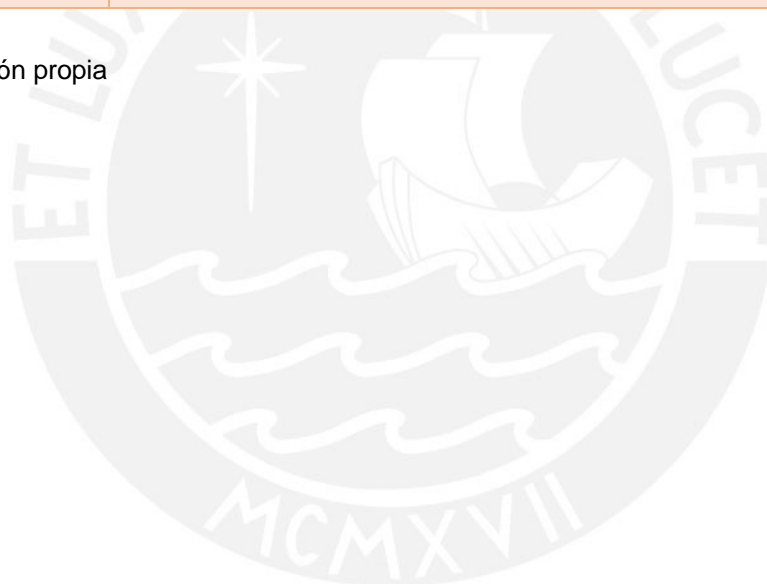
Del mismo modo, se realizó un focus group con siete madres usuarias de los servicios maternos-neonatales en el distrito de Nauta, las cuales son originarias de la comunidad nativa Esparta, ubicada a cinco horas del distrito vía fluvial. Es relevante precisar que se obtuvo los consentimientos informados de todas las entrevistadas, las cuales se representan en la siguiente tabla 3.

Tabla 3.

Tabla de focus group

Focus group	
Participante 1	Manuela Vásquez java – Madre de la Comunidad Nativa de Esparta, provincia de Nauta en Loreto
Participante 2	Marisol Guevara Murayari – Madre de la Comunidad Nativa de Esparta, provincia de Nauta en Loreto
Participante 3	Marili Shapiama Murayari – Madre de la Comunidad Nativa de Esparta, provincia de Nauta en Loreto
Participante 4	Maritza Tapullima Ramires – Madre de la Comunidad Nativa de Esparta, provincia de Nauta en Loreto
Participante 5	Astri Shapiama Murayari – Madre de la Comunidad Nativa de Esparta, provincia de Nauta en Loreto
Participante 6	Mercedez Tapullima Ramires – Madre de la Comunidad Nativa de Esparta, provincia de Nauta en Loreto
Participante 7	María Doli Chujutalli Murayari – Madre de la Comunidad Nativa de Esparta, provincia de Nauta en Loreto

Fuente: Elaboración propia



Capítulo 2: Transversalizando el enfoque intercultural en el sistema de salud de Loreto

El presente capítulo tiene como objetivo presentar los resultados de la primera parte de la investigación respecto del enfoque intercultural en el sistema de salud de Loreto. Para ello, se discutirán y contrastarán los antecedentes en el sistema de salud peruano para entender cómo llegó a implementarse en la DIRESA Loreto. De tal manera, este capítulo se ha estructurado en dos partes. En primer lugar, se examina la pertinencia cultural en los servicios de salud peruanos, su evolución histórica, así como sus avances y limitaciones. En segundo lugar, se evalúa la situación de salud de la DIRESA Loreto, centrándose en las muertes maternas-neonatales y considerando una línea de base. Esto permitirá contextualizar los hallazgos clave y la situación previa a la obtención de Buenas Prácticas Interculturales.

2.1. Una implementación pionera e incipiente: la pertinencia cultural desde la salud intercultural en el sistema de salud peruano

El nuevo paradigma de los países andinos se sustenta sobre la base de la reivindicación a propósito de incorporar la diferencia cultural. La adopción de ello, según Garzón y Mejía (2019) se inscribe como principio normativo para los Estados como una manera de administrar las diferencias a fin de superar las desigualdades sociales y económicas que se generan en las sociedades culturalmente diversas. Con esto, prosiguiendo con los autores, se reformula la estructura jurídica-política de los Estados para visibilizar la presencia de los pueblos indígenas mediante políticas de reconocimiento.

Un instrumento fundamental para superar las desigualdades sociales, culturales y económicas que enfrentan los pueblos indígenas es el Convenio 169 de la OIT, aprobado en 1989, aunque recién entraría en vigor en 1991. De manera específica, en lo que refiere a la materia de salud, destaca lo siguiente en su artículo 25:

Los gobiernos deberán velar por que se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados o proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental (Oficina Internacional del Trabajo, 2014, p. 53).

De esta manera, se establecieron responsabilidades para los Estados en materia de salud hacia los pueblos indígenas. Con esto, concretamente, el Perú lo ratificó en 1994, aunque entró en vigor en febrero de 1995, con lo que, según la Constitución, este tratado internacional es vinculante en el ordenamiento jurídico. En otras palabras, el Estado se comprometió a integrarlo en los poderes públicos y representa un derecho constitucional exigible. Adicionalmente, representó un instrumento central que se ha ido incorporando progresivamente en la legislación estatal para la implementación de políticas públicas (Jumpa, 2013). De tal forma, el Estado peruano marcó una pauta para replantear su relación con las poblaciones indígenas. Sin embargo, su incorporación se encontró desafiada por la complejidad de su implementación y el conflicto de intereses de los actores involucrados (Delgado-Pugley, 2012).

Esto representó un desafío para muchas sociedades latinoamericanas en la redefinición del papel de las poblaciones indígenas ya reconocidas como sujetos de derecho internacional por las normas internacionales. Dichas poblaciones, según Guiteras (2022), hasta ello eran percibidas ajenas al proceso de construcción de la nación bajo una visión de primitivos “no sometidos” y asimilados campesinos. Sin embargo, con la suscripción del Convenio 169 por parte de los Estados latinoamericanos, se impulsaron reformas sociales a propósito de enfatizar el desarrollo de la sociedad civil que convergieron con el periodo de ajuste neoliberal. De esta manera, las poblaciones indígenas, hasta entonces sujetos jurídicamente excluidos y privados de sus derechos, encontraron una serie de nuevas políticas para combatir el racismo, desigualdad, exclusión y discriminación (Htun, 2016).

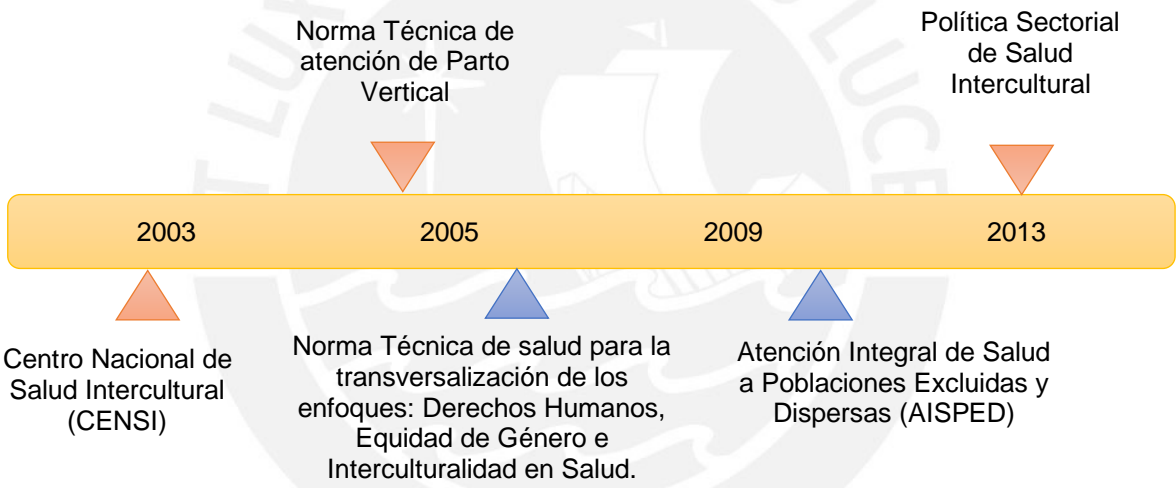
2.1.1. Breve historia de la pertinencia cultural desde los servicios de salud peruanos

A pesar de haber ratificado el Convenio 169, el Estado peruano enfrentaba un desafío: la salud no constituía una política sostenida hacia los pueblos indígenas (Defensoría del Pueblo, 2015). A pesar de ello, a través del MINSA, órgano rector en materia de salud, diseñó organismos y políticas para abordar dicha problemática. Con esto, se pueden destacar tres momentos respecto de la incorporación del enfoque intercultural en el sistema de salud. Según Nureña (2016), una incipiente aparición de este se da en los años noventa a través de ciertos documentos y discursos, aunque

de manera difusa. Posteriormente, ya desde el 2004 al 2005, se constituye como un “enfoque” de trabajo, aunque ello se impulsó e institucionalizó desde fondos de cooperación internacional. Finalmente, el autor enfatiza que en un tercer momento existe un consenso por “transversalizar” el enfoque intercultural en todos los programas, así como oficinas del MINSA, pero ello ha obtenido un avance lento y limitado a una inclusión retórica en los documentos de salud.

En esa línea, desde el Estado se diseñaron instituciones para brindar servicios de salud incorporando de manera progresiva el enfoque intercultural. De tal manera, se destacan cinco instrumentos importantes que se muestran en la siguiente línea del tiempo.

Figura 3.
Línea del tiempo de instrumentos interculturales 2003-2013



Fuente: Elaboración propia

Una primera aproximación al enfoque intercultural en salud se da a través del Instituto de Medicina Tradicional (INMETRA). Sin embargo, en 2003, pasaría a reconfigurarse como el CENSI. Empleando las palabras de Castillo (2015), ello implicó que se recortara el presupuesto, así como los recursos humanos, ya que pasaría a depender directamente del Instituto Nacional de Salud (INS). No obstante, en paralelo, el MINSA marcó un hito al presentar, en ese mismo año, el Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS). De acuerdo con la autora, ello resultó relevante, puesto que incorporó el enfoque basado en derechos, con lo cual las personas se concebían como el foco central y ya no la enfermedad.

A pesar de ello, seguía persistiendo una dispersión normativa e insuficiente coherencia entre el marco legal y el discurso político para la aplicación y financiamiento de las políticas de salud intercultural. No obstante, fue con la gestión de Pilar Mazzetti, en 2004 hasta 2006, que estas políticas se impulsaron en la agenda. Esto último se sustentó con el propósito de acortar las brechas de acceso a la salud entre las poblaciones indígenas y no indígenas (Defensoría del Pueblo, 2008). De esta manera, en 2005, se aprueba la Norma Técnica de salud para la transversalización de los enfoques: Derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad en Salud. En ese mismo año, se aprobó la Norma Técnica de atención de Parto Vertical con adecuación cultural, la cual permitía este derecho de acuerdo con las costumbres culturales (MINSA, 2005).

Es en 2009 que impulsa la creación de los equipos de AISPED para contribuir a mejorar las condiciones de acceso a la salud a la población con dificultades de acceso (MINSA, 2009). Para ello, consideran como prioritario la aplicación de los enfoques de riesgo, género e interculturalidad. Posteriormente, en 2010, a través de la Resolución Directoral N.º 002-2013-CENSI, el Minsa, mediante el CENSI, se propone elaborar la Política Sectorial de Salud Intercultural que se complementó con dicha norma técnica. Esta pretendía normar, a nivel nacional, las acciones de salud intercultural con el propósito de lograr garantizar la salud como un derecho humano. Para ello, en 2013, se realiza la consulta previa a organizaciones representativas de pueblos indígenas de regiones como Loreto, San Martín, Puno, entre otros y la aprueba ese mismo año (CENSI, 2014).

En síntesis, existen avances en materia de salud intercultural como resultado de la aprobación del Convenio 169 y la reivindicación de los pueblos indígenas en las sociedades nacionales. De tal manera, el Estado peruano ha venido formulando y fortaleciendo sus instituciones en materia de salud. Como resultado y compromiso de ello, ha incorporado progresivamente el enfoque intercultural. De esta manera, decisores de políticas, tal es el caso de Pilar Mazzetti, favorecieron la aprobación de políticas públicas que conllevaron a que el sistema de salud sea uno de los sectores con mayor producción en materia de interculturalidad. En esa línea, se puede argumentar que las políticas de salud intercultural cuentan con una base normativa, tal es caso de la Política Sectorial de Salud. Adicionalmente, el Estado ha creado instituciones específicas encargadas de diseñar e implementar políticas en esta materia, por ejemplo, el CENSI.

2.1. 2. Avances y limitaciones de la salud intercultural

Se han establecido debates críticos respecto del diseño e implementación de las políticas de salud impulsadas desde el Estado. Por ejemplo, para el caso de la Política Sectorial de Salud Intercultural, se han señalado diversos problemas. Por un lado, Castillo (2015) enfatiza que, al momento del diseño, el aparato estatal aún poseía una comprensión precaria respecto del sistema de salud indígena. Precisamente, ello resultó en una escasa comunicación con estas poblaciones que mermó las oportunidades de que expresaran sus demandas. Por otro lado, no se ha desarrollado un monitoreo ni acciones definidas para evaluar la implementación de la Política. Esto último denota el débil interés por parte del aparato estatal para trabajar en cooperación con estas poblaciones en función de sus necesidades (Aliaga, 2014).

Adicionalmente, se han discutido los problemas de capacidad de atención y respuesta desde el Estado para extender el alcance de los servicios de salud a las poblaciones indígenas. Por ejemplo, se encuentra segmentado, ya que existe una ausencia de un enfoque integral su cobertura y calidad de atención sigue siendo precaria, entre otros (Rabanal et al, 2019). A pesar de ser una herramienta crucial del Estado para brindar atención médica a poblaciones vulnerables como los pueblos indígenas, el Seguro Integral de Salud (SIS) enfrenta desafíos significativos. Según la Defensoría del Pueblo (2015), se destaca la dispersión geográfica, la falta de organización estatal en el empadronamiento y la falta de información sobre su cobertura, lo que limita su efectividad.

No obstante, Correa enfatiza que los dos sectores que destacan por sus esfuerzos en proveer servicios que incorporen este enfoque para mejorar su calidad de atención son salud y educación. La autora sostiene: “en los últimos años, se ha realizado avances muy importantes en dos dimensiones: (a) creación de normas técnicas y (b) adecuación cultural de los servicios de salud” (2016, p. 28). Asimismo, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) (2017) enfatiza que el MINSA ha fortalecido sus políticas orientadas a incrementar la disponibilidad y calidad de los servicios de atención médica dirigidos a la comunidad indígena. Como resultado de ello, se citan avances normativos a nivel sectorial que han incorporado el enfoque intercultural a la provisión de servicios de salud ya discutidos en el apartado anterior, por ejemplo, la Política Sectorial de Salud Intercultural.

En esa línea, los esfuerzos del MINSA se orientan hacia la adecuación de servicios con pertinencia cultural, sobre todo en la atención de la salud materna, neonatal y la atención de salud sexual en respuesta al embarazo adolescente, así como la alta morbilidad materna. De esta manera, se han diseñado programas y estrategias para “mejorar la calidad de la atención del parto y del recién nacido, la adecuación cultural de los servicios, el desarrollo de actividades de educación, y la prestación de servicios teniendo en cuenta “una perspectiva de género, derechos humanos e interculturalidad”” (Nureña, 2009, p. 4). Con esto, se han institucionalizado desde el MINSA prácticas tradicionales como el parto vertical a través de la “Norma técnica para la atención del parto vertical con adecuación intercultural”. Bajo dicha norma, se establece el objetivo principal de facilitar la adecuación de los servicios para que el personal de salud pueda garantizar esta práctica priorizando las costumbres tradicionales (Pastor y Catacora, 2015).

Por todo lo discutido, se puede argumentar que el enfoque intercultural en los servicios de salud enfrenta caminos sinuosos. De esta manera, por un lado, cuenta con una serie de desafíos desde el diseño de sus políticas hasta la capacidad de respuesta ofrecida por el Estado. No obstante, resulta llamativo que el sector salud destaque por otros sectores al presentar avances visibles en la creación de normas técnicas y en la adecuación de servicios públicos con pertinencia cultural. En este contexto, el MINSA, órgano rector en la salud, ha implementado políticas enfocadas en la reducción de la morbilidad materno-infantil y servicios de consejería para salud sexual y reproductiva.

2.2. Antecedentes en la DIRESA Loreto: el caso de muertes maternas-neonatales

En el Perú, 25% de la población nacional se identifica como indígena u originaria. Asimismo, existen 55 pueblos indígenas, de los cuales 51 se concentran en la Amazonía y se registran 48 lenguas indígenas u originarias (BDPI, s/f). No obstante, los indicadores para esta población son críticos y concentran los mayores niveles de desigualdad, pobreza, desnutrición y anemia infantil (ENDES, 2020). En esa línea, el 11% de esta población no saber leer o escribir, 9% no cuenta con algún nivel educativo, el 26% no cuenta con acceso a agua dentro de su vivienda y 40% no cuentan con acceso a desagüe dentro de su vivienda (INEI, 2017).

Particularmente, Loreto concentra una vasta proporción con 32 de estos donde el

14% de su población vive en comunidades nativas (BDPI, s/f). No obstante, muchas de estas comunidades enfrentan situaciones de asimetría. Por ejemplo, en esta región, existe una concentración del 39.8% de personas con altos niveles de pobreza, solo 32.2% cuenta con acceso a servicios básicos, 66% cuenta con educación secundaria y la cobertura servicios de consejería de salud sexual y reproductiva son mínimas (MIDIS, 2024). Asimismo, es importante señalar que la población indígena de Loreto mantiene sus propias perspectivas culturales sobre cómo perciben y se relacionan con el mundo. Por ejemplo, en su sistema de salud, se conservan prácticas y tradiciones de cuidado dirigidas hacia la madre y el recién nacido en materia de salud (Palomino, 2024).

Sin embargo, históricamente, la relación entre el Estado y las poblaciones indígenas ha estado marcada por la tensión y la complejidad. De acuerdo con Espinosa (2019), esto se puede explicar porque durante varios periodos históricos se perpetró, desde el aparato estatal, una dominación política cultural. Esta distinción se ha acrecentado en la atención en establecimientos de salud para la atención de la madre y el recién nacido, ya que se han manifestado desafíos dadas las diferencias culturales existente entre ambos. Por esta razón, se han registrado denuncias sobre discriminación y malos tratos desde los usuarios, ya que la mirada biomédica no rescata las prácticas comunitarias (Ministerio de Cultura, 2016). Esto último genera que la población prefiera alejarse de los establecimientos de salud para ser atendidos por un curandero, partera o ellos mismos.

Este contexto es crítico más aún cuando la región de Loreto, en 2017, experimentó un aumento preocupante en las muertes maternas, siendo la segunda después de Lima en reportar el mayor número de casos (Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, 2020). De acuerdo con Seminario (2021), citando a la DIRESA, enfatiza que en ese año se registraron 34 casos, siendo 28 de ellos de comunidades nativas. El autor concluye que, a pesar de las actualizaciones en las normativas del MINSA para la salud materna y neonatal, no se observaron mejoras significativas en las áreas rurales y amazónicas, donde el 35.9% de los partos ocurren en el hogar.

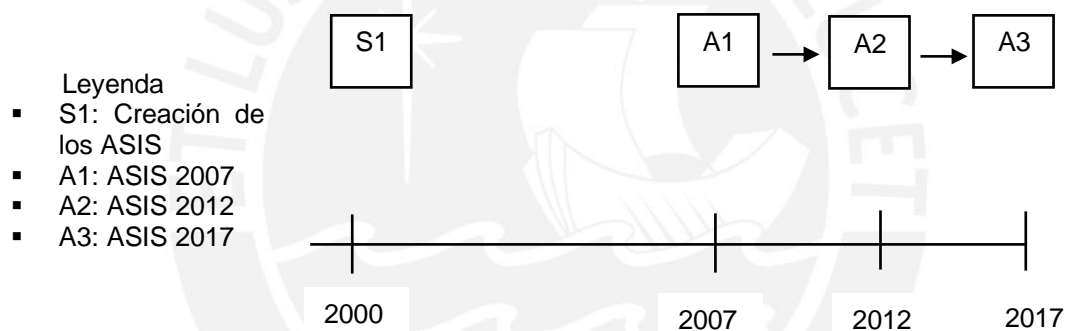
2.2.1. Análisis por periodización del caso

Las evaluaciones y análisis del desempeño de la situación de salud a nivel nacional

se expresan, desde el 2000, a través del ASIS con el propósito de explorar los temas prioritarios de salud en dicha región. Estos análisis son elaborados por el MINSA a través del CENSI. Sin embargo, es necesario contar con una línea de base dada la vasta información. En ese sentido, se tomarán los años posteriores a la aprobación de normas y políticas en materia de interculturalidad con el propósito de analizar los antecedentes históricos en la DIRESA Loreto. Con esto, se ha construido la línea a partir de los reportes anuales de los ASIS, priorizando periodos quinquenales: 2007, 2012 y 2017. De igual manera, se enfatizará en la atención de salud materno-neonatal, dado que constituyen los casos específicos a evaluar la pertinencia cultural en salud.

Figura 4.

Línea de base del Análisis de Situación de Salud Indígena (ASIS)



Fuente: Elaboración propia en base a MINSA (2007), MINSA (2012) y MINSA (2017).

El año 2007 la administración pública estuvo a cargo de Alan García y la cartera ministerial de salud por Carlos Vallejos. No obstante, fue con su predecesora, Pilar Mazzeti, que se erigieron una serie de instrumentos para uniformizar el marco legal y discurso político de políticas de salud intercultural señalado en el apartado anterior. En esa línea, se enfatiza que, en Loreto, para este año, existía una alta tasa de mortalidad infantil de 272 defunciones por cada mil nacidos siendo la tercera región con más decesos después de Puno y Huancavelica (INEI, 2009, p. 75). Particularmente, según el reporte del ASIS (MINSA, 2007) en la población indígena, principalmente, en el pueblo aguaruna se registraron 148 defunciones en menores de 1 año por mil nacidos vivos. Ello se explicaba por la tasa de fecundidad en estas poblaciones, la cual estaba representada por 10.8 hijos por mujer.

Sin embargo, el informe del ASIS para el año 2007 destaca de igual manera el incremento de los establecimientos de salud del primer nivel de 252 a 341 sobre todo en las provincias de Maynas y Alto Amazonas. Ambas, del mismo modo, incrementaron sus recursos humanos médicos, sobre todo en obstetricia, aunque se enfatiza que el personal de salud es inferior al nivel establecido a la norma nacional. La salud materna representa uno de los hallazgos más novedosos, aunque se registraron 34 decesos. Adicionalmente, se observa un incremento significativo del 79% de cobertura ante un mayor personal de salud especializado y la implementación de casas de espera.

De acuerdo con el informe del ASIS (MINSA 2012), destaca que en el 2012 en Loreto ya se habían comenzado a implementar, desde 2009, los equipos de Atención Integral de Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas (AISPED) con el énfasis de atender a comunidades nativas en atención primaria y preventiva. Asimismo, se explica que el personal de estos equipos fue capacitado con el soporte de fondos internacionales del Programa UMBRAL de Inmunizaciones. Para el caso de salud materna, la tendencia de mortalidad se había reducido en un 32% con 27 decesos. Cabe recalcar que este año convergió con el periodo de gobierno de Ollanta Humala y la carta ministerial de salud con Carlos Tejada.

Respecto del número de muertes neonatales seguía siendo alto con 191 defunciones por cada mil nacidos (MINSA, 2012). Asimismo, se destacan las visitas de asistencia técnica a Loreto para fortalecer la prevención de mortalidad materna y neonatal, planificación familiar, prevención de embarazo adolescente, entre otros programas. Dado que la agenda del ex presidente Humala priorizó políticas sociales, se diseñó la estrategia de las Plataformas Itinerantes de Acción Social (PIAS) en 2012. Esta representa una iniciativa entre la Marina de Guerra del Perú y el MIDIS para “acercar los servicios públicos a zonas lejanas de la Amazonía en embarcaciones que navegan por las cuencas amazónicas” (García et al., 2020, p.1). En 2013, el GORE Loreto, a través de la DIRESA, emprendió su implementación en el río Napo con una cobertura de 30 comunidades de los distritos Torres Causana y Mazan beneficiando a 7000 habitantes (Gobierno del Perú, 2013).

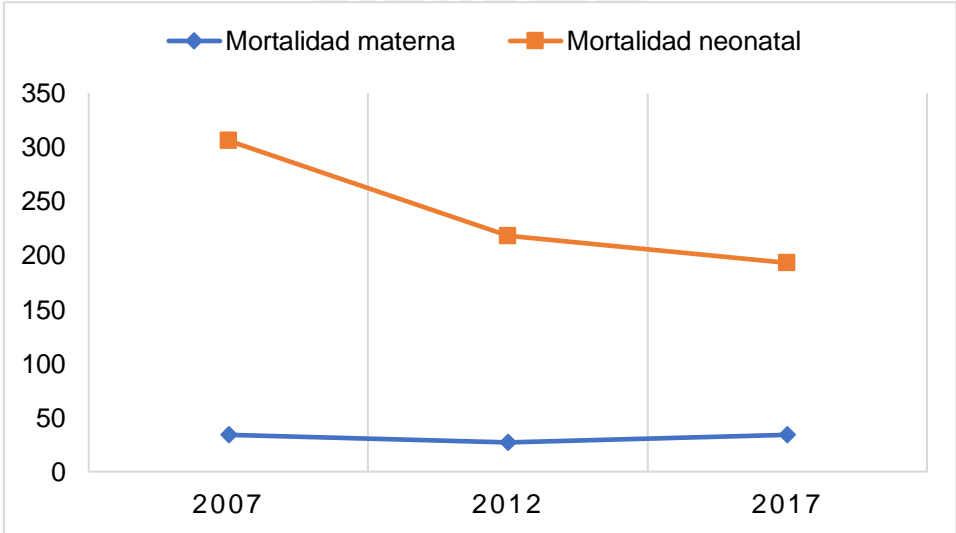
El reporte de la ASIS de 2017 (MINSA, 2018), a diferencia de sus predecesores anteriormente discutidos, es crítico. Esto se explica porque, en este año, Loreto experimentó un aumento en las muertes maternas donde se registraron 34 casos de

muerres maternas, siendo 28 de ellos de comunidades nativas. De igual manera, el reporte informe evidencia un aumento preocupante respecto de las muertes neonatales. De tal manera, en 2016 se reportaron 153 y, en 2017, se incrementó a 160 decesos. A pesar de esto, para el año 2017, el informe destaca el incremento de programas presupuestales en materia de salud a partir de la solicitud de consultoría a la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde la DIRESA Loreto. En esa línea, se enfatiza que el presupuesto del Programa de Salud Materno Neonatal en el periodo 2013-2016 mostró un incremento del 44%, aunque ello no se reflejó en la reducción de muertes maternas.

Frente a este contexto, el GORE Loreto situó la problemática de las muertes maternas como eje central de su agenda de gobierno. Esto se expresó en la Ordenanza Regional N° 015-2017-GRL-CR que “declara como política pública regional las cinco políticas públicas regionales de: disminución de la desnutrición crónica infantil, anemia, eliminación de malaria, disminución de mortalidad materna y embarazo en la región Loreto” (GORE Loreto, 2017). De igual manera, este periodo de gobierno fue asumido por Pedro Pablo Kuczynski y la cartera de salud estuvo dirigida por Patricia García.

En síntesis, el reporte de los ASIS en función de la línea de base se resumiría de la siguiente manera como se muestra en la figura 5.

Figura 5. Muertes maternas y neonatales en 2007, 2012 y 2017



Fuente: Elaboración propia en base a MINSA (2007), INEI (2009), MINSA (2012), MINSA (2018).

2.2.2. Breve balance: avances y límites de salud intercultural

Los reportes de ASIS dan cuenta de los hallazgos de los servicios de salud, ejecución presupuestal y los actores involucrados. No obstante, carece de información vasta en materia de interculturalidad. Por esta razón, el estudio de Zárate (2016) recupera una perspectiva crítica sobre la atención intercultural en los servicios de salud de la DIRESA en las provincias de Maynas, Datem Marañón y Alto Amazonas. De tal manera, sostiene que enfrenta diversos desafíos. Primero, destaca que existen servicios acondicionados para realizar el parto vertical, aunque no se cuenta con materiales bilingües ni una adecuación cultural óptima. Segundo, los establecimientos de salud no reúnen condiciones apropiadas ni material informativo específico para comunidades nativas. A pesar de ello, la autora destaca que el personal de salud cuenta con experiencia con población indígena dada su experiencia durante el SERUMS. Sin embargo, no cuentan con una capacitación para la atención con enfoque intercultural, a pesar de contar con protocolos.

De igual manera, los reportes del ASIS de la situación de salud en Loreto evidencian un desbalance en la reducción de la morbilidad materno-neonatal, programas para extender los servicios de salud y el involucramiento de diversos actores en ello. No obstante, es a partir de 2017 a 2019 que se extendió una mayor preocupación por establecer modelos de atención de salud intercultural por el incremento de muertes. De esta manera, para el primer año, se aprobó el documento Modelo de Atención de Salud Integral e Intercultural de las Cuencas de los Ríos Pastaza, Corrientes, Tigre, Marañón, y Chambira en la Región Loreto 2017-2021 a través de la RM N° 594-2017-MINSA. Posteriormente, en 2018, se aprobó la creación de una Directiva Administrativa para Adecuar los Servicios de Salud con Pertinencia Cultural con el propósito principal de implementar servicios de salud con pertinencia cultural (Rojas, 2020).

En relación con esto último, la agencia de las Naciones Unidas para la salud sexual y reproductiva (UNFPA) (2017) destaca la importancia de considerar las particularidades culturales específicas de cada pueblo indígena. Por esta razón, principalmente, sostiene que la continuidad de las políticas públicas con enfoque intercultural se sustenta en las capacidades de los prestadores de salud. Dicho de otro modo, un mejor alcance de la atención a estas poblaciones requiere del

fortalecimiento de capacidades en materia de salud intercultural de los recursos humanos que laboran en comunidades indígenas (Lerin, 2004). En esa línea, en 2019, el GORE Loreto incorporó a través de la Ordenanza Regional N°059-2019-SO-GRL-CR la incorporación de la formación en salud intercultural y lengua materna (GORE Loreto, 2019a). A través de ella, se contrataba y seleccionaba el personal de salud en zonas indígenas de acuerdo con esos dos criterios, por los que se otorgaban puntos adicionales según dominio de la lengua o pertenencia étnica.

En síntesis, los ASIS en la región Loreto evidencian un crecimiento tanto para las muertes maternas como neonatales. No obstante, la DIRESA e instituciones de cooperación internacional empezaron a cooperar para impulsar programas que reduzcan estas morbilidades. Evidencia de ello son, por un lado, que se diseñó el Modelo de Atención de Salud Integral e Intercultural de las Cuencas de los Ríos Pastaza, Corrientes, Tigre, Marañón, y Chambira en la Región Loreto 2017-2021. Por otro lado, se incrementó el presupuesto para presupuesto del Programa de Salud Materno Neonatal en el periodo 2013-2016. Es en el intersticio de esta ventana de oportunidad y voluntad política que emerge el programa de reducción de muertes maternas-neonatales en Loreto a mediados de julio. Este último estaría a cargo de la ONG Salud Sin Límites en alianza con la DIRESA Loreto que se ahondará en el siguiente capítulo.

Capítulo 3: La paradoja del caso atípico: las buenas prácticas y desafíos de la pertinencia cultural desde la perspectiva de sus promotores en la gestión de la salud materna-neonatal en el distrito de Nauta

En el presente capítulo se presentan la segunda parte de los resultados de la investigación a partir del trabajo de campo. De tal manera, el objetivo es discutir y analizar los resultados del proceso de implementación del enfoque intercultural en la DIRESA Loreto a través del programa de salud de reducción de muertes materno-neonatal en el distrito de Nauta. Para ello, se tomarán en cuenta la mirada de los actores involucrados en este proceso, lo cuales se categorizan en cuatro: funcionarios públicos, ONG, agente comunitaria de salud (ACS) y madres que accedieron al servicio. Como se mencionó anteriormente en la hipótesis, los factores que favorecieron la implementación son dos: (i) el fortalecimiento de los recursos humanos en salud y (ii) la alianza multiactor. No obstante, a propósito del trabajo de campo, se concluyó que los cuatro actores mencionados poseen comprensiones diferentes sobre el enfoque intercultural que se discutirán en este apartado.

3.1. Las peculiaridades socioculturales y de salud del distrito de Nauta

La distribución geográfica de Loreto se distribuye en 8 provincias y 53 distritos siendo el departamento más extenso del Perú. No obstante, es uno de los más complejos geográfica, sociocultural y económicamente. Esto se explica porque, a diferencia de otros departamentos, hasta 2022, solo contaba con 901 kilómetros de vías de los que solo el 23% se encuentra pavimentado (Banco Central de Reserva del Perú, 2023). Dicho de otro modo, el transporte, flujo comercial, así como el intercambio y acceso a los servicios públicos se da a través de vía fluvial, es decir, mediante botes, lanchas, entre otros. Es relevante señalar la brecha de transporte, dado que existe una desconexión entre los centros poblados rurales con los servicios, aunque también con el resto del país (Medina, 2012).

La vasta densidad territorial de Loreto está directamente relacionada con la cantidad de pueblos indígenas que habita dicho departamento, ya que, alberga a 32 de los 55 que existen en el Perú. De acuerdo con la BDPI (s/f), en particular, en la provincia de Loreto se concentran cinco: kichwa, kukama kukamiria, urarina, jíbaro y achuar. Adicionalmente, estos pueblos se distribuyen en cinco distritos: Tigre,

Trompeteros, Urarina, Parinari y Nauta estructurados en 245 comunidades nativas. Específicamente, el caso de estudio se centra en el distrito de Nauta, el cual alberga dos pueblos indígenas: los kukama kukamiria y los kichwa, cuya distribución es de 67 comunidades nativas. No obstante, es pertinente destacar a la comunidad de Esparta, ya que en esta se realizó el trabajo de campo y el focus group con la ACS y siete madres que accedieron al servicio de salud de partos y controles neonatales.

Respecto de las condiciones de salud, la región amazónica es la que enfrenta mayores condiciones de asimetría. Según el MINSA (2023), esto se explica por tres factores. Primero, existen pocos establecimientos de salud en comunidades indígenas, de los cuales 4 de cada 10 cuentan con uno. Segundo, las desventajas se agudizan por las barreras geográficas y culturales, ya que los CSS no cuentan con la cobertura suficiente para cubrir el transporte en contextos de emergencias y existe un escaso abastecimiento de medicamentos. Tercero, el mayor acercamiento con comunidades se ha dado a través del SERUMS, cuyo personal médico cuenta con una perspectiva clínica científica mas no de un enfoque intercultural. De esta manera, culminado su periodo de servicio, se produce una alta rotación en las zonas rurales, el cual termina siendo asumido por un promotor voluntario de la comunidad (MINSA, 2020).

No obstante, el distrito de Nauta representa un caso atípico a nivel del departamento de Loreto. Ello se explica porque su IPRESS I-4 es la única que cuenta con la categoría de pertinencia cultural a nivel departamental. En el capítulo dos se discutió que son cuatro criterios los establecidos, de los cuales se deben cumplir más del 80% para que un CSS registre esta categoría. De tal manera, esta recategorización se debe a que consiguió adaptar la atención en sus servicios de acuerdo con las características sociales, ambientales, lingüísticas y geográfica, integrando en su enfoque las prácticas, creencias y valores de la población (La Región, 2022). En ese sentido, en enero de 2023, a través de una resolución de recategorización, la IPRESS I-4 se erige con pertinencia cultural categoría I-4 Nauta (Gobierno del Perú, 2023).

3. 2. Indicadores

El presente trabajo tomará en cuenta la formulación de indicadores para evaluar la pertinencia cultural en la DIRESA Loreto a través del caso del distrito de Nauta. Para ello, se ha formulado la siguiente tabla 4 que detalla la descripción de los

indicadores planteados en el diseño de investigación.

Tabla 4.

Descripción de indicadores de pertinencia cultural

Dimensión	Indicador	Descripción
Gestión para la calidad de atención	Canales de atención bilingüe	Incorporación y adopción de materiales para realizar atención en lengua indígena que permita la prestación del servicio de salud
	Diálogo formal con poblaciones indígenas	Conformación de espacios formales e informales de diálogo intercultural entre burócratas de salud, comunidades y ACS de salud indígenas
	Coordinación interna entre entidades estatales que brindan el servicio de salud intercultural	Elaboración e implementación de planes o recursos presupuestales que permitan asegurar la atención de salud interculturales desde el MINSA a la DIRESA Loreto
Recursos humanos	Capacitación en temas interculturales al personal de salud	Implementación de actividades y espacios formales e informales de capacitación de recursos humanos en materia de salud intercultural y pertinencia cultural
	Personal de salud que habla una lengua nativa o cuenta con experiencia con población indígena	Identificación e incorporación de personal de salud en las brigadas de salud que cuenta con dominio de alguna lengua originaria o experiencia en atención a población indígena

Fuente: Elaboración propia en base a MINSA (2016) y MINCUL (2015b)

3.3. Transformando la salud materno-neonatal: el proceso de implementación de la estrategia en Nauta

Con el propósito de recuperar experiencias positivas que se consideran beneficiosas en la prestación de servicios públicos, el Estado ha incorporado la noción de buenas prácticas. Estas se caracterizan por evidenciar resultados positivos en un contexto particular, por lo que constituyen referentes valiosos para la implementación

de intervenciones similares. Sin embargo, no es hasta 2014 que el MINCUL, a través del VMI, que funge como rector para promover la incorporación del enfoque intercultural en los servicios públicos, que se realiza anualmente el reconocimiento de las BPI en la Gestión Pública. De esta manera, se recuperan diversas experiencias a nivel nacional para reconocer aquellos servicios que se han adoptado a las demandas de las poblaciones culturalmente diversas.

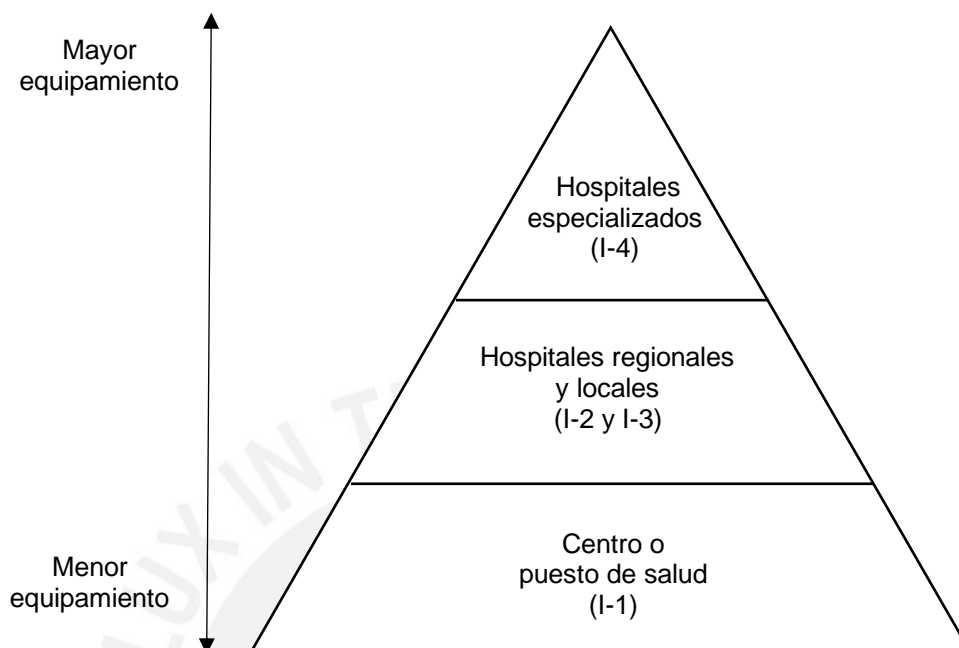
Es así como, en la V edición de 2018 de las BPI promovida por el MINCUL, la DIRESA Loreto es declarada como ganadora. Esta victoria se sustenta a partir de que en los distritos de Mazán, Indiana y Nauta se formaron a burócratas de salud, se establecieron servicios con pertinencia cultural y, específicamente, se articuló con parteras tradicionales (MINCUL, 2018). Por ello, para comprender el diseño de la estrategia de la reducción de muertes materno-neonatales, se conversó con las y los actores involucrados. En ese sentido, la mayoría coincidió en que esta problemática afecta de manera crítica a los pueblos indígenas, por lo que era necesario articular y estrechar alianzas a distintos niveles y actores.

En esa línea, de acuerdo con Seminario (2021), emerge el “Proyecto salvando la vida de los niños: abordar las brechas de la salud materno neonatal para crear inversiones escalables hacia el futuro”. Esta última corresponde a una iniciativa impulsada por la ONG Salud Sin Límites (SSL) y UNICEF en alianza con los GORE de Loreto y Ucayali mediante sus DIRESA, entendida como hospitales y puestos de salud, así como el MINSA entre 2017 y 2020. El objetivo principal fue reducir dichas brechas a través un eje esencial: el diálogo intercultural. Según Seminario, se realizaron capacitaciones tanto al personal de salud, parteras y comunidades priorizando “la vigilancia de la pertinencia cultural de sus servicios a partir de sus derechos e identidad” (2021, p. 2).

Respecto de Loreto, en los años mencionados, se trabajaron con los distritos de Indiana, Mazán y Nauta con un alcance de 7 establecimientos de salud. No obstante, eran de categorías distintas, es decir, distintos niveles de atención, por lo cual es importante precisar dichas diferencias. Para ello, se ha elaborado la siguiente figura 6.

Figura 6.

Niveles de atención en salud



Fuente: Elaboración propia en base a MINSA (1981)

De acuerdo con el gráfico, se destaca que existen cuatro niveles de atención. El primer nivel (I-1) se constituye entre centro de salud y puesto de salud o “posta” y cuenta con un profesional de salud que, generalmente, es un técnico. El segundo (I-2) y tercer nivel (I-3) refiere a hospitales locales y regionales que cuentan con al menos cuatro profesionales (médicos, obstetras y técnicos) de diversas áreas profesionales que cuenta con una sala de emergencias. Finalmente, el cuarto nivel (I-4) refiere a hospitales especializados de todas las especialidades. Estas diferencias son significativas, dado que en Loreto existen más “postas” y centros de salud que hospitales.

Es importante destacar, asimismo, que, hasta 2022, de las 455 IPRESS del GORE Loreto registradas, solo 5 correspondían a hospitales distribuidas en las provincias de Maynas, Ucayali y Alto Amazonas (Gerencia Regional de Salud de Loreto, 2023, p. 121). No obstante, de acuerdo con Andrés Chuzón (2024), coordinador regional de Loreto en la ONG SSL, para implementar el proyecto de reducción de muertes maternas-neonatales se necesitaban I-2. De acuerdo con el entrevistado, ello se sustenta en que se requería contar con una sala de partos para

adecuar los servicios para las gestantes. Particularmente, en Nauta, se trabajaron con los CSS de Nauta y los puestos de salud de Santa Fe y Miraflores, y con las comunidades indígenas de dichas localidades.

En síntesis, el proceso de implementación para reducir las muertes maternas-neonatales en Nauta se desarrolló entre los años 2017 y 2020 a través de sinergias entre actores estatales, privados y la sociedad civil. Esto se dio a través de capacitaciones que priorizaron el diálogo intercultural entre el personal de salud, las parteras y las comunidades en tres distritos con 7 IPRESS que contaran con salas de parto. A propósito de esta articulación, la DIRESA Loreto pudo erigirse como ganadora de las BPI en 2018 a través de la experiencia “Nacer bien la Amazonía”.

3.3.1. Reinventando el Estado desde la interculturalidad: la transversalización del enfoque intercultural desde la perspectiva del Viceministerio de Interculturalidad

En la sección previa, se expuso la implementación de la estrategia para reducir las morbilidades maternas y neonatales en Loreto cuyo eje central fue la interculturalidad. Por lo cual, en las próximas secciones, se destacará la perspectiva de cada uno de los actores de los distintos niveles para evaluar la pertinencia cultural en los servicios. La perspectiva inicial y debate respecto de la transversalización del enfoque intercultural emerge desde el órgano rector del Estado en esta materia: el MINCUL. De tal manera, se analizó que la pertinencia de los servicios públicos era un clave por dos factores: (i) fortalecer la capacidad de gestión intercultural garantizando los derechos colectivos de los pueblos indígenas y (ii) fortalecer las capacidades de los recursos humanos.

Patricia Balbuena (2023), ex viceministra de interculturalidad de 2013 a 2016 y ex ministra de cultura en 2018, sostiene que la pertinencia cultural se manifiesta en cuánto otras entidades empiezan a tener apertura en temas de interculturalidad. Dicho de otro modo, ello se expresa a medida que las entidades públicas empiezan a diseñar e implementar políticas interculturales. De tal manera, enfatiza lo siguiente:

Una cosa es que tú tengas un instrumento de política sectorial y otra cosa es que tengas una política [PNTEI] a cargo del ente rector que estaba naciendo. Aprovechamos la oportunidad para proponer el tema, que nos sirviera como pretexto para convocar a todas las instituciones públicas y decirles que existe una política que tienen que seguir y guiarse. Para eso nos sirvió la política, más allá de su contenido mismo, fue como una forma de tener una herramienta que permitiera convocar e

involucrar a otras entidades del sector público (P. Balbuena, comunicación personal, 2023).

Lo expuesto por la ex ministra evidencia que, antes del diseño de la PNTEI, no existía claridad para definir un servicio intercultural. Ello se explica porque el ente rector [MINCUL] estaba emergiendo y existía un vacío en la rectoría de este enfoque. Por tal motivo, según Balbuena, la labor de esta institución fue contar con una política universal para dotarse de una serie de instrumentos y herramientas para acercarse a otras instituciones es materia de interculturalidad. Por ello, desde el VMI, después de aprobar la PNTEI, se comenzaron a implementar algunas iniciativas para mejorar la comprensión y acercamiento de los burócratas en relación con otras entidades en este enfoque. Por tal motivo, se impulsó el diseño de programa de las PIAS, el censo de funcionarios públicos bilingües en el MIDIS, entre otros.

Un instrumento que destaca Balbuena es el “reconocimiento de ciertas experiencias que estaban trabajando en adecuar sus servicios, las cuales, principalmente se presentaban en Gobiernos Regionales, centros de salud, colegios, entre otros”. Esto se plasmó en el diseño del concurso Buenas Prácticas Interculturales en la Gestión Pública y enfatiza que lo que se trabajó fue en buscar un “Sello Intercultural” para brindar un servicio con pertinencia cultural. De tal manera, las BPI reconocen aquellas prestaciones de servicios públicos en función de su adecuación a las comunidades, familias e individuos. Destaca, a su vez, que el sector salud y educación siempre fueron claves, aunque ya existían precedentes como la EIB, la PNTEI se diseñó para mejorarlos a partir de directrices específicas. En adición a ello, sostiene que es un instrumento nominativo, es decir, su objetivo es brindar orientaciones generales que se extienden al Poder Ejecutivo como a nivel subnacional. Por esta razón, la PNTEI se encarga de dictar normas a través de orientaciones y directrices generales.

Ahora bien, el diseño racional (Lasswell, 1970) de una política pública contempla el diseño de instrumentos y herramientas, aunque también los objetivos y prioridades, considerando el análisis costo beneficio, así como las externalidades positivas y negativas. Sin embargo, la realidad representa un bagaje complejo de problemas, por lo que Lindblom (1991) postula que el diseño supone un proceso donde el cambio se logra mediante pasos pequeños e incrementales, que permitan a los tomadores de decisiones ajustar las políticas según sus éxitos y fracasos. Esto

puede evidenciarse en la apertura y voluntad política en la emisión inmediata de la PNTEI priorizando objetivos y actividades específicas con el propósito de transversalizarse en otras instituciones.

Sin embargo, al ser una política nominativa, es decir, posee un carácter orientador. En otras palabras, no cuenta con indicadores precisos de evaluación, a pesar de ser una de las 35 políticas nacionales. Por ello, en palabras de Balbuena, sus resultados son evaluados en función de que una institución tenga “apertura” a este tema. Esto último podría suponer un mal diseño en su formulación para redactar argumentos precisos al momento de solicitar financiamiento a programas y proyectos interculturales ante el MEF.

En adición a ello, como menciona Balbuena, el MINCUL sigue enfrentando otros desafíos que también se contemplaron en la presente investigación. Por un lado, los escasos recursos de la institución y la interculturalidad es un tema incipiente, por lo que argumenta que las metas no se han alcanzado. Por otro lado, destaca la escasa prioridad en la agenda pública del VMI para abordar la pertinencia cultural en los servicios públicos. A pesar de ello, argumenta dos avances significativos ya que, de un lado, “se trató de permear esto que es el mandato de la política, que es transversalizar el enfoque intercultural” (P. Balbuena, comunicación personal, 2023). De otro, sostiene que en su gestión se identificó la necesidad de empezar a hablar sobre “mediación cultural”, personas que ayudaran y fueran un “puente” para facilitar los diálogos interculturales.

Por lo expuesto, se puede argumentar la pertinencia cultural, desde la perspectiva del MINCUL, se erige como una “apertura” para posicionar a la interculturalidad como un tema de agenda en instituciones estatales. En esa línea, la PNTEI dotó de algunas herramientas para permear este enfoque en otras instituciones impulsando sinergias. Asimismo, este instrumento fue clave para cubrir el vacío de la rectoría en materia intercultural para encomendarla al sector cultural mediante el diseño de directrices específicas. Sin embargo, a pesar de ser una política pública universal, en su diseño, no se consideró la formulación de indicadores específicos para el monitoreo y evaluación. Esto supone un vacío para el análisis de resultados de servicios con pertinencia cultural desde la institución rectora. Adicionalmente, se destacaron la persistencia de desafíos que se erigen en un tema de recursos, prioridad en la agenda pública y las débiles capacidades desde los recursos humanos.

3.3.2. Repensar la estrategia para nacer bien en la Amazonía: la perspectiva de la Organización no Gubernamental (ONG)

Tanto la literatura como esta investigación ha planteado un problema público latente en la Amazonía: los pueblos indígenas enfrentan más desigualdades. Frente a esta problemática, desde SSL y con el financiamiento de UNICEF, emerge la iniciativa de impulsar una estrategia de salud intercultural para reducir las muertes maternas-neonatales en la región de Loreto. Yely Palomino, ex coordinadora del proyecto en dicha región, sostiene que el programa se diseñó a propósito de las brechas que existen en la mortalidad materna como neonatal en estas poblaciones. Como lo hace notar, Loreto cuenta con una vasta población indígena y enfatiza que sus indicadores de salud son alarmantes en comparación con la población mestiza.

Ahora bien, un punto importante que destacar es que Palomino afirma que la intervención que requiere la población amazónica es distinta y peculiar. En sus palabras, ello se fundamenta porque existen prácticas culturales específicas de las madres indígenas y sus comunidades, por ejemplo, para el parto, buscan ciertas condiciones: que sea rápido, mojado y con el menor dolor. Para ello, recurren a métodos que, según la entrevistada, no son respetados en el sistema de salud oficial como prácticas restrictivas de alimentación para que el bebé no crezca mucho. No obstante, según Palomino, estas prácticas resultan perjudiciales, dado que incrementan los factores de que, niños con bajo peso al nacer, contraigan anemia, lo cual supone una desventaja a largo plazo.

Frente a ello, se generan desencuentros desde los funcionarios de salud y las madres indígenas, dado que sus cosmovisiones son distintas. Por esta razón, las gestantes, su familia y su comunidad se alejan de los servicios de salud durante el embarazo y durante el parto. Por esta razón, se buscó diseñar un proyecto que complementara y se construyeran diálogos entre ambos saberes. De tal manera, Palomino señala lo siguiente:

La estrategia de intervención tuvo tres principios específicos. Primero, el fortalecimiento de competencias para trabajar o para implementar los servicios de salud materno neonatal con pertinencia intercultural. Segundo, llegar a una política regional de salud materno neonatal con enfoque intercultural y transversal. Finalmente, fomentar la vigilancia de los servicios materno infantil con pertinencia intercultural (Y. Palomino, comunicación personal, 2024).

En ese sentido, el problema público identificado y, con esto, su solución desde SSL fue diseñado con una estrategia “desde abajo” en la que los funcionarios de salud debían implementar servicios con pertinencia cultural. A partir de esto, se pretendía extender (“up”) esta experiencia para diseñar una política regional de salud materna-neonatal priorizando la interculturalidad y transversalización, es decir, extenderla a otros servicios públicos. En adición a ello, se pensó en el componente de participación ciudadana desde las comunidades indígenas a partir de la vigilancia de estos servicios que sean pertinentes culturalmente. Dicho de otro modo, se buscó que se acoplaran a sus necesidades.

Precisamente, Palomino enfatiza que, para fomentar este acercamiento y adecuación desde el Estado, SSL diseñó un curso de capacitación con seis módulos tanto presencial como no presencial. Estos temas comprendieron desde una introducción a la salud intercultural en pueblos amazónicos, medicina tradicional con enfoque materno-neonatal hasta aspectos de atención y emergencias para la atención del parto y recién nacido. El módulo seis y final fue el punto clave, dado constituía un plan de mejora diseñado por el personal de salud para mejorar los servicios médicos con pertinencia cultural. Este producto era expuesto con los funcionarios de salud, comunidades y autoridades regionales. Sin embargo, lo peculiar del programa fue que cada sesión aprendida era puesta en práctica, dado que se buscaba impulsar el trabajo de campo con comunidades. En palabras de Palomino se destaca lo siguiente:

A partir de este fortalecimiento de competencias, digamos, cuando ya hemos preparado el terreno, empezamos a hacer lo que son los diálogos interculturales entre el personal de salud, las parteras tradicionales y la comunidad para justamente trabajar o implementar los servicios materno neonatal con pertinencia intercultural (Y. Palomino, comunicación personal, 2024)

Frente a esto, se puede argumentar que el proyecto estableció canales formales e informales de diálogo intercultural entre los funcionarios de salud y las comunidades, las cuales se dieron en las capacitaciones de módulos teóricos y salidas de campo, respectivamente. De esta manera, se pudo fortalecer e intercambiar experiencias desde las dos cosmovisiones: médica-técnica e indígena-tradicional. Asimismo, estas capacitaciones iban más allá de la atención y cuidados para la atención de los partos, sino que se priorizó la pertinencia cultural de acuerdos a las necesidades de las gestantes. Esto se daba a través de este “feedback” o retorno de

saberes que, según Palomino, era tanto del sistema oficial de salud como de las parteras o gestantes. En estos intercambios, las gestantes buscaban una mejor calidad de atención: trato digno, respeto a la posición que eligen (parto vertical), libertad de movimiento, que su madrina corte el cordón umbilical y que se hablen en su idioma.

En esa línea, Andrés Chuzón, también ex coordinador regional del proyecto, postula que SSL era el ente articulador entre la Diresa Loreto y las parteras, ya que ambos mapearon las comunidades y la ONG asumió los gastos. Asimismo, sostiene que era relevante contar con su involucramiento, dado que eran responsables de las áreas de salud sexual y reproductiva, materno-neonatal y de pueblos indígenas a nivel regional. Entre los responsables de esta institución destaca a directores, gerentes de los establecimientos de salud quienes fueron importantes. Esto se explica porque dieron tanto facilidades como autorizaciones para adecuar los establecimientos de salud en los distritos que se trabajó. En paralelo, destaca el alto compromiso del personal de salud, es decir, médicos, técnicos y obstetras, ya que fueron quienes fueron parte del curso de formación y los encargados directos de implementar la estrategia.

Del mismo modo, Chuzón destaca que las parteras y ACS fueron claves para visibilizar y fomentar un enfoque desde la comunidad. Con esto, a través de las visitas de campo, se reforzaron las capacidades del personal médico en la mejora de la calidad de atención. De igual manera, postula que, con esto, se diseminó un compromiso desde los funcionarios para fortalecer los servicios con pertinencia cultural. Esto último se trabajó a través del aseguramiento de condiciones para que la gestante pueda sentirse como en casa (parto vertical, uso de la medicina tradicional, entre otros) donde las parteras y ACS eran el nexo con el establecimiento de salud.

Un punto importante por precisar es que este curso formativo gratuito se brindó a tres distritos en paralelo: Indiana, Mazán y Nauta. No obstante, Chuzón afirma que la Diresa quiso seleccionar a sus llegados, pero SSL intervino. Los resultados para los tres centros resultaron en la victoria del concurso de BPI. En palabras del entrevistado ello ayudó a implementar el programa por un año más. Sin embargo, postula que uno de los distritos tuvo un resultado distinto, con lo que argumenta lo siguiente: “Hay un sello intercultural y el único que lo posee el Centro de Salud de Nauta, porque, a diferencia de otros centros de los otros distritos, no es solo una sala de parto vertical, sino que es todo el establecimiento” (A. Chuzón, comunicación

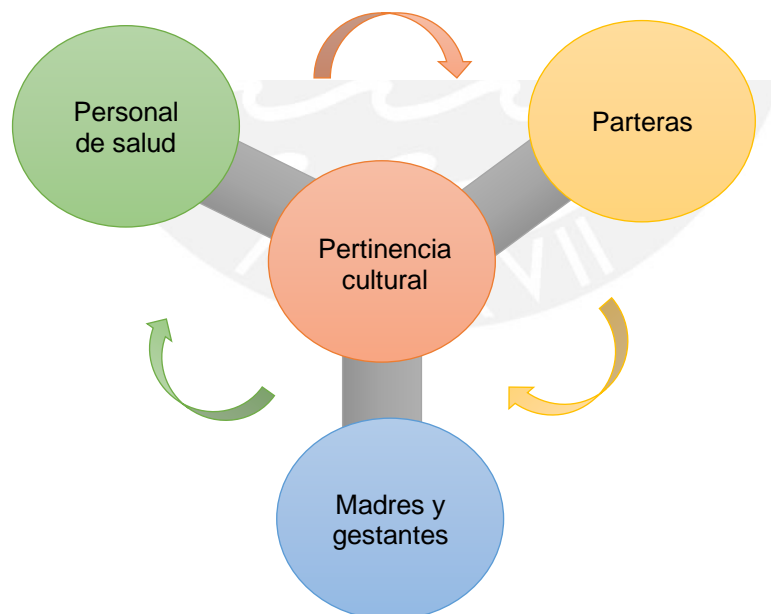
personal, 2024).

Tomando en cuenta esto último, y de acuerdo con los criterios del MINSA, Nauta no solo cuenta con una sala de partos verticales, sino que el establecimiento revaloriza las prácticas culturales, cuenta con recursos humanos capacitados en interculturalidad y cuenta con una gestión de calidad de atención. Desde una aproximación de observación participante de la investigadora, ello se manifiesta a partir de que el CSS implementó huertos con plantas medicinales, señalización en lengua indígena, predominantemente kukama kukamiria, y cuenta con un personal de salud capacitado en interculturalidad. Esto se expresa en el alto compromiso del director de la Red de Salud de Nauta por impulsar mayores brigadas de salud intercultural y presionar al MINSA para destinar mayor presupuesto al distrito.

Por todo ello, tanto Palomino como Chuzón convergen en que un factor clave en la implementación de la estrategia fue el establecimiento de alianzas con tres actores clave quienes compartían un objetivo común. Esto último se representa en la siguiente figura 7.

Figura 7.

Alianzas de la estrategia de reducción de muertes maternas-neonatales



Fuente: Elaboración propia.

Ahora bien, pese a que no fue un actor articulador para esta estrategia, la ONG Mamás del río cuenta con una vasta fuerza en la construcción de ACS y la inserción de la problemática de las muertes neonatales en la agenda de Loreto. Magali Blas,

actual directora, sostiene que desde esta ONG se han impartido capacitaciones para que el personal de la DIRESA Loreto establezca diálogos con las comunidades indígenas. Enfatiza que uno de los objetivos de su institución ha sido trabajar con el MINSA para que tenga pertinencia cultural a través del entrenamiento al personal de salud para la atención de bebés para que sea con pertinencia cultural. Sin embargo, destaca que no han intervenido en el tema de la adecuación de servicios, porque esa es labor y competencia exclusiva del MINSA.

Un punto relevante que destacar es que la labor de Mamás de Río apuesta por el trabajo de la comunidad en alianza con las ACS. Para ello, esta ONG las entrena, aunque también a las parteras para que puedan cuidar y alertar las señales de peligro del bebé. No obstante, si es que las madres deciden hacerlo en casa, las y los ACS son capacitados para brindar las mejores condiciones de salubridad en la atención del parto. Adicionalmente, Blas revela que el tema de parto en comunidad no ha sido prioridad desde ninguna institución. En esa línea, alerta sobre la ausencia de registros de las gestantes en la DIRESA Loreto cuando lo solicitó para monitorear el número de partos en establecimientos de salud.

En síntesis, se puede destacar que el objetivo central de SSL era reducir las muertes maternas-neonatales en Loreto a propósito de los preocupantes indicadores en salud que enfrentan los pueblos indígenas en comparación de la mestiza. En esa línea, y a propósito del gráfico 7, los tres actores claves fueron el personal de salud, las parteras tradicionales y las gestantes con un propósito común: lograr servicios con pertinencia cultural. Este consenso se articuló a partir de la construcción de diálogos interculturales que, por un lado, desde los funcionarios, se busca comprender, entender y conocer las necesidades de las gestantes. Por otro lado, desde la comunidad, las parteras y ACS, se buscó enseñar el enfoque desde la comunidad que comprende los métodos de atender un parto, así como técnicas de atención de emergencias. Finalmente, desde las gestantes, se busca comunicar sus necesidades para dar a luz en función de sus tradiciones culturales: parto vertical, tomar hierbas medicinales, etc.

3.3.3. La perspectiva de los burócratas de la calle: una discusión de los funcionarios de salud de la Red de Salud de Nauta

Como se discutió, así como las ONG, la DIRESA Loreto y el MINSA fueron

actores claves para articular la estrategia de reducción de muertes maternas-neonatales. Respecto del caso, sus implementadores fueron funcionarios de salud de la Red de Salud de Nauta, los cuales comprenden a médicos, técnicos y obstetras. Cabe precisar que tres de los actores entrevistados fueron participantes de los módulos de capacitación de SSL y quienes diseminaron la estrategia en sus CSS. En esa línea, Brigitte Burga, obstetra nombrada en el periodo de 2017 a 2023 en Nauta, comienza reconociendo las peculiaridades de Loreto que, a diferencia de otros departamentos, posee una geografía distinta que compromete movilización fluvial en la que muchas de las gestantes o no acudían al puesto de salud o fallecían en el camino.

En relación con ello, Burga postula que, para evitarlo y tomando lo aprendido en los módulos de capacitación, se buscó incrementar las visitas al CSS por parte de las madres a partir de los 8 o 9 meses de gestación que, hasta el momento, era su debilidad. Esto se explica porque, de acuerdo con la entrevista, la tasa de mortalidad materna y neonatal era muy elevada y, desde la DIRESA, se buscaba reducirla. Argumenta que para ello fue fundamental articular y trabajar con las parteras en las comunidades mediante el reconocimiento de las señales de peligro en las madres. Por ello, destaca la relevancia del proyecto de SSL y enfatiza lo siguiente:

El éxito de este programa de interculturalidad fue que, como profesionales, no buscábamos que solo la mujer llegue al centro de salud y haga las cosas que nosotros le digamos, sino que también ellas nos manifiesten cómo es que realmente ellas querían dar a luz, porque realmente en comunidad las mujeres dan a luz de múltiples formas: sentadas, de rodillas, algunas paradas. Entonces, esas cosas han hecho que de alguna manera la población, las mujeres de periferia y de las comunidades se acerquen al establecimiento (B. Burga, comunicación personal, 2024).

Por esta razón, según la entrevistada, tanto el personal de salud, así como las parteras aprendieron mutuamente a través del diálogo y la valorización de saberes culturales. De esta manera, se puede argumentar que la relación de trabajo que se estableció fue desde la igualdad de saberes. A partir de ello, los funcionarios médicos, a través de la escucha de las necesidades de las gestantes, modificaron los métodos tradicionales que se establecen desde la medicina occidental respecto de las modalidades el parto y se implementaron con un enfoque desde comunidades (vertical). En esa línea, Burga argumenta que “fue algo donde no solamente aprendieron ellos, los parteros o las parteras y los promotores de salud [ACS].

También nosotros aprendimos muchas cosas como profesionales”.

De igual manera, Burga agrega que se articularon otras estrategias para adecuar los servicios a las gestantes. Cita la implementación de un jardín botánico en el CSS de Nauta con plantas que las mujeres tomaban en casa antes del parto, orcón, el uso de “faldones” y el pintado de murales dentro del establecimiento. Asimismo, enfatiza que, si bien las salas de partos no podían modificar sus colores por disposiciones normativas del MINSA, se colgaron gigantografías y bordados en colores de las comunidades kukamas kukamirias: amarillo, rojo y negro. Del mismo modo, las señalizaciones se modificaron a dicha lengua, aunque, progresivamente, se implementó también el kichwa. Todo lo mencionado fueron propuestas e implementadas desde las parteras y promotores de salud (ACS).

No obstante, Burga postula que las actoras claves fueron las gestantes y las parteras para poder cumplir con el objetivo del proyecto, ya que participaron en todas las actividades y fueron consultadas en todo momento respecto de sus demandas y sugerencias. Asimismo, destaca la articulación entre el MINSA, la DIRESA Loreto y la ONG SSL, ya que estaban en constante capacitación en temas de interculturalidad sobre el cuidado del recién nacido y la madre. Agrega que, a propósito de esto, con la llegada de “serumistas” nuevos, y ya finalizado el proyecto, el personal médico de la DIRESA se encargaba de capacitarlos. Asimismo, destaca la participación de los medios de comunicación locales y colegas quienes ayudaron a la difusión de la estrategia en Nauta. Esto último concluyó con el cumplimiento del objetivo que era que más mujeres de comunidades indígenas conocieran la labor del CSS y lograran acudir.

Un punto importante que destacar es que, según Burga, esta estrategia ha sido sostenible y pertinente culturalmente. Ello se fundamenta a propósito de que el director de la Red de Salud de Nauta la ha posicionado como tema de agenda e impulsado con fuerza con las herramientas adquiridas en las capacitaciones de SSL. El funcionario en cuestión es Jackson Shuña, quien, en 2017, fue ex director de hospital II- 1 de Nauta y, desde 2023, asumió la dirección de la Red. Así como Burga, el actual director postula que para consolidar la pertinencia cultural se ha contado con el apoyo de ONGs como SSL, Mamás del Río y UNICEF. De tal manera, se ha ido adaptando la estrategia de reducción de muertes maternas-neonatales con aliados estratégicos y en función de las necesidades de las comunidades y madres. Por tal motivo, argumenta lo siguiente:

La atención intercultural aquí se ha marcado como un tema normativo. Pero más aún, con la experiencia que se tiene, es un proceso de adaptación también para los profesionales que llegan a la zona, porque tienen que adecuarse a la costumbre, a la comida de los pueblos kukama, urarina, kichwas y ashuar, y otras cosas más que se pueden tener en cuenta (J. Shuña, comunicación personal, 2024).

En ese sentido, para Shuña, la pertinencia cultural se concibe como un tema normativo que está en constante adaptación desde los funcionarios médicos que interactúan con las comunidades indígenas. Es pertinente señalar el bagaje cultural que posee el funcionario, ya que destaca y relata cada realidad desde las diferentes ópticas de dichos pueblos. Por tal motivo, señala que los pilares de la pertinencia cultural son, por un lado, el trato y la atención diferenciada. Por otro lado, destaca trabajar con un enfoque de comunidad con la participación del apu, vice apu, teniente alcalde (estructura organizativa comunitaria), las y los ACS y las parteras (representantes de salud), y madres gestantes. No obstante, enfatiza la labor y cooperación de los ACS, dado que con ellos se trabaja de manera directa la comunicación para derivar a pacientes y el intercambio de saberes de las señales de peligro.

Por tal motivo, Shuña afirma que la sostenibilidad y “la herencia de SSL” se ha manifestado por la articulación de estrategias con ACS que han sido aprovechadas para desarrollar nuevos modelos de atención con el personal de salud. De tal manera, destaca las capacitaciones a los recursos humanos que se incorporan (serumistas) para ampliar las coberturas de atención intercultural diferenciada mediante brigadas de salud y otras acciones preventivas y promocionales en las comunidades. Asimismo, señala que su gestión busca “mantener la esencial intercultural” en la que se despliegue la salud no solo a un establecimiento, sino a más comunidades para atender en cada cuenca. Así pues, destaca lo siguiente: “el tema es primar la salud intercultural a los pueblos más lejanos, también llevar la salud intercultural a los pueblos más lejanos y a otros niveles” (J. Shuña, comunicación personal, 2024).

Lo anteriormente expuesto destaca el alto nivel de autonomía y discrecionalidad con el que cuenta los burócratas de salud, ya que reimaginaron la estrategia de SSL para diseñar nuevos modelos de atención con sus recursos humanos. En adición, se destaca que su articulación entre jefes, coordinadores y personal es fundamental para cumplir con el objetivo de que la estrategia sea sostenible. De tal manera, la voluntad política de la dirección general, el nivel más alto

de la Red de Salud de Nauta, y la articulación de alianzas estratégicas con ONGs y las parteras son los factores centrales para alcanzar la pertinencia cultural en los servicios públicos en este distrito. Esta discrecionalidad retoma el planteamiento de Fesler y Kettl (1996), dado que los burócratas de Nauta pasaron de ser implementadores a hacedores de política. Esto se explica por la integración y difusión de estrategias de salud diferenciada para pueblos indígenas.

En paralelo, Zico Urteaga Tamiche, coordinador de metales pesados de la unidad de salud intercultural en la Red de Salud de Nauta, converge en que el principal aliado son los ACS para mermar las disputas y acoplar el sistema de salud en función de las necesidades de las comunidades. Sostiene que uno de los logros más grande ha sido la implementación de botiquines comunales, los cuales refieren a medicamentos básicos para atender malestares generales. Expresa que ello es relevante, ya que se ha logrado ahorrarse el costo de traslado desde la comunidad a un CSS y por respuesta a las demandas de algunas comunidades. Por ello, argumenta lo siguiente: “hacemos que nuestra medicina occidental trate de llegar también a ellos” (Z. Urteaga, comunicación personal, 2024).

Un punto importante que destacar es que la investigadora accedió, mediante observación no participante, al mapa de establecimientos de salud por implementarse en el distrito de Nauta. Para ello se presentan las siguientes ilustraciones.

Figura 8.

Ubicación y puestos de salud en la provincia de Loreto



Fuente: Elaboración propia.

Figura 9.

Leyenda de ubicación de puesto y centros de salud según color en la provincia de Loreto

LEYENDA DE UBICACIÓN DE PUESTO Y CENTROS DE SALUD SEGÚN COLOR		
DENOMINACIÓN	CATEGORÍA NIVEL	COLOR
PUESTO O CENTRO POR CREAR	SIN CATEGORÍA	BLANCO
PUESTO	I - 1	AMARILLO
PUESTO	I - 2	VERDE
CENTRO	I - 3	AZUL
CENTRO	I - 4	ROJO

Fuente: Elaboración propia.

En relación con la ilustración 1, la mayoría de CSS en el distrito de Nauta, refieren al primer nivel de atención (I-1), es decir, puestos de salud con un técnico. Esto se explica porque la inversión es menor e incrementa el acercamiento entre comunidades y los servicios de salud. No obstante, la distancia entre ambos son horas e incluso días y pueden variar en función de las condiciones climáticas.

En este punto, es relevante discutir la influencia del presupuesto en la implementación de políticas locales de salud materna-neonatal en Loreto. Para ello, de acuerdo con el portal de consulta amigable del MEF, se presenta la siguiente tabla.

Tabla 5.

Presupuesto de salud materna-neonatal a nivel de gobiernos regionales en Loreto

Salud materna-neonatal en gobiernos locales de Loreto	PIA	PIM	Devengado
2017	205.000	660.475	316.007
2018	274.732	258.185	214.468
2019	267.620	1.889.041	1.833.180
2020	416.641	2.157.145	1.372.705
Total	1,163.993	4,964.846	3,736.360

Fuente: Elaboración propia en base a consulta amigable MEF (s/f).

En función de la tabla 5, se puede argumentar que ha existido un incremento significativo del presupuesto para atender los servicios de salud materno-neonatal a nivel local en Loreto. Ante esto, el presupuesto inicial de apertura (PIA) presenta se ha elevado desde 2017 hasta 2020 expresado en el presupuesto institucional modificado (PIM). Una de las explicaciones para sustentar ello son las donaciones y transferencias en Loreto. Por ello, se ha diseñado las siguientes tablas que compara el presupuesto de acuerdo con cuatro unidades de salud ejecutoras en este departamento. Cabe precisar que aquellas cifras que corresponden al número 0 es porque no se encontró información precisa de dichos montos.

Tabla 6.

Donaciones y transferencias del año 2019 por unidad ejecutora de salud

UE Salud - 2019	Donaciones y transferencias	Atención médica básica
Dirección regional de salud de Loreto	16,976,469	2,784,314
UE Salud Yurimaguas	3,363,560	898,767
Hospital de apoyo Iquitos	3,474,952	207,349
UE Salud Loreto Nauta	11,105,463	0
Total	34,920,444	3,890,430

Fuente: Gobierno Regional de Loreto (2019a, 2019b).

Tabla 7.

Donaciones y transferencias del año 2020 por unidad ejecutora de salud

UE Salud - 2020	Donaciones y transferencias	Atención médica básica
Dirección regional de salud de Loreto	3,245,062.00	242,594
UE Salud Yurimaguas	0	0
Hospital de apoyo Iquitos	0	0
UE Salud Loreto Nauta	226,400.00	26,400
Total	3,471,462.00	268,994

Fuente: Gobierno Regional de Loreto (2020).

Tabla 8.

Donaciones y transferencias del año 2023 por unidad ejecutora de salud

UE Salud - 2023	Donaciones y transferencias	Atención médica básica
Dirección regional de salud de Loreto	10,306,409.00	7,095,095
UE Salud Yurimaguas	2,340,779.00	1,875,047
Hospital de apoyo Iquitos	1,235,538.00	1,130,577
UE Salud Loreto Nauta	620,300.00	261,269
Total	14,503,026.000	10,361,988.000

Fuente: Gobierno Regional de Loreto (2023).

En función de la tabla 6 se puede evidenciar que la UE 407 - Red de Salud de Nauta recibió un alto presupuesto en paralelo a la DIRESA Loreto. Sin embargo, ello se fundamentaría por su incipiente creación aprobada por la Resolución Ejecutiva Regional N° 131-2019-GRL-LR (Gobierno Regional de Loreto, 2019c). Esto se tradujo en la definición de una estructura burocrática y el diseño de instrumentos de gestión tales como su Manual de Organización y Funciones (MOF). Sin embargo, como se evidenció, el departamento de Loreto posee una vasta densidad poblacional 883,510 habitantes hasta el censo de 2017, de las cuales 439,713 son mujeres (INEI, 2017). En función de la tabla 5 el presupuesto asignado para la salud materna-neonatal en las cinco provincias, en 2018, es de 214.468 y aumenta exponencialmente con 1.372.705 en 2020, menos que en 2019.

Ahora bien, el presupuesto de la UE 407 - Red de Salud de Nauta debe, a su vez, distribuirse en las cinco micro redes de salud: El Tigre, Trompeteros, Urarinas y Parinari. Con esto, considerando que solo, en 2019, para la atención médica básica en dicha Red el presupuesto era de 26,400, se espera que la atención para la salud materno-neonatal sea inferior, dado que también se atienden servicios como despistaje de tuberculosis, tratamiento de enfermedades metaxenicas, programa en salud mental, entre otros. Por ello Urteaga. enfatiza que se ha comenzado a articular con los municipios locales y el gobernador regional René Chávez Silvano. Esto se explica con el propósito de posicionar a la salud intercultural como tema de agenda, ya que el presupuesto es una limitante. Adicionalmente, postula que para incrementar

la eficiencia de los servicios médicos es vital trabajar con las federaciones y ACS, nexos con la comunidad, pero el GORE no puede asignarles un presupuesto. Sin embargo, expresa que el actual gobernador busca proponerlo y reconoce que es una medida populista, pero la suscribe como un incentivo para reconocer su labor y para trabajar conjuntamente.

Por ello, Urteaga señala que desde la Red de Salud de Nauta se busca seguir incrementando las brigadas de salud intercultural en conjunto con el MINSA para que “ellos [comunidades indígenas] no se sientan abandonados”. En esa línea, destaca que lo que se ha tratado de hacer para lograr la pertinencia cultural es adecuar los servicios para realizar partos verticales, revalorizar, incorporar la medicina tradicional y dar capacitaciones a los recursos humanos. Por ello, reconoce que la Red de Salud de Nauta es pertinente culturalmente porque más allá de solo incorporar el parto vertical como en otras provincias, cuenta también con señalización en lengua kukama kukamiria y biohuertos. Sin embargo, reconoce que falta trabajar con otras lenguas como el kichwa y el urarina, para lo cual han tratado de que su personal tenga capacitaciones en temas de interculturalidad con el MINCUL.

Ahora bien, como se evidenció, el proyecto de SSL abarcó dos distritos adicionales: Mazán e Indiana. Sin embargo, el módulo final logró reunirlos conjuntamente para presentar sus propuestas frente a sus colegas, autoridades políticas y las comunidades indígenas. Esto con el propósito de realizar un intercambio de saberes a nivel distrital y reducir las muertes maternas-neonatales a nivel departamental de Loreto. En tal sentido, se dialogó con Maura Pachas, ex médico residente de Indiana en 2017 hasta 2020 para contrastar los hallazgos de este distrito con el de Nauta. Converge que en el curso de capacitación se compartía el mismo objetivo: reducir dichas morbilidades. Por ello, todos aprendieron mutuamente a través del diálogo y la valorización de saberes culturales.

De esta manera, argumenta que la relación de trabajo que se estableció fue desde la igualdad de saberes. En ese sentido, se priorizó a las parteras para que puedan estar presentes en el parto y, principalmente, para mantener el vínculo salud-comunidad. Para ello, fue importante contar no solo con especialistas de las comunidades, sino también de docentes médicos especialistas entre pediatras, ginecólogos y neonatólogos originarios de Lima. Destaca que la clave de los logros tuvo que ver la empatía a partir de la relación médico-obstetra y paciente. Evidencia que, en su distrito, se siguió impulsando la estrategia a través del diálogo con

serumistas sobre la importancia de la interculturalidad en la salud materno-neonatal. Esto último converge con el distrito de Nauta que continuo con las capacitaciones al personal de salud nuevo.

Así como Burga en Nauta, Pachas rescata la labor clave de la ONG SSL, ya que estuvo presente desde el inicio mediante los módulos de capacitación de los distritos en los que participaron. Sin embargo, postula que la estrategia de salud se dio desde el MINSA con los ACS y las parteras, quienes tenían el rol de enseñarles y recordarles sus costumbres. Señala que tanto el personal de salud como las parteras se enseñaban mutuamente a través de una interrelación desde sus puntos de vista cultural y científico. De tal manera, aprendieron a conocer su cultura y lo relevantes que las eran parteras y ACS, hasta antes inactivos. Así como en Nauta, se implementó un biohuerto de plantas medicinales.

Tomando en cuenta las perspectivas de los funcionarios de salud, se puede argumentar que es parcialmente distinta a la compartida con las ONG. Por un lado, reconocen la relevancia de las parteras, ACS y gestante, aunque también la de representantes políticos en las comunidades indígenas: apu, vice apu y teniente gobernador. Por otro lado, la pertinencia cultural agrega otros elementos los cuales se representan en la siguiente figura 10.

Figura 10.

Pertinencia cultural desde el personal de salud



Por todo lo expuesto, la perspectiva de los burócratas de la calle, es decir, el personal de salud se articuló a partir de una estrategia creativa que compromete tres aristas centrales. Primero, adecuar los servicios en función de las demandas y sugerencias de las gestantes y parteras. Para ello, se implementaron salas de partos con tejidos, señalización en lengua indígena y cultivos de plantas medicinales proporcionados por las madres indígenas. Segundo, con esto, se revalorizaron los saberes tradicionales en materia de salud, lo cual facilitó un diálogo intercultural para un intercambio de señales de peligro, cuidados para la madre y el recién nacido. Asimismo, se buscó escalar la estrategia a niveles más altos como el GORE con el que se viene trabajando. Finalmente, se diseminó nuevos aprendizajes en el personal médico que, concluido el proyecto de SSL, se sostuvo la estrategia con capacitaciones al nuevo personal y brigadas de salud interculturales. Asimismo, se destacó la articulación y capacitación de los ACS quienes son el nexo para derivar a los CSS a mujeres gestantes en situaciones de riesgo.

3.3.4. La atonía de la sociedad civil: la perspectiva de la agente comunitaria de salud y de las madres de la comunidad nativa de Esparta

Después de haber discutido las perspectivas de los implementadores, es importante destacar y contrastar el de las usuarias: las gestantes y madres indígenas que acceden a los servicios de salud. En adición a ello, se dialogó con uno de los actores que son cruciales para los funcionarios de la Red de Salud de Nauta: las y los agentes comunitarios de salud. Respecto de la visión de esta última, María Juana Pacaya, ACS de la comunidad nativa de Esparta, postula que ha impulsado el contacto y la asistencia al CSS por parte de las gestantes para realizar los controles perinatales. Por ello, argumenta que "cuando hay algún peligro yo misma llevo a mi gestante al centro de salud más cercano" (M. Pacaya, comunicación personal, 2024).

En esta primera parte del resultado de investigación, se evidenció que las y los ACS son la principal conexión entre los centros de salud y las gestantes. En palabras de Pacaya, su labor versa en monitorear a las gestantes antes de ingresar a la labor de parto a través de visitas y destaca que siempre le sugiere a sus gestantes acudir a las postas. Para ello, enfatiza que se ha articulado un contacto con la posta cercana

[Miraflores] a través de las obstetras y que, como ACS, se encarga de describir los síntomas y, finalmente, las derivar con la obstetra. Destaca que su formación como ACS se fundamenta en que el programa Mamás del Río, así como UNICEF se unieron para capacitar a comunidades con el propósito de reducir las muertes maternas-neonatales en la Amazonía.

A pesar de ello, afirma que, en un segundo momento, ha sido participe en capacitaciones con la DIRESA Loreto para seguir trabajando en la reducción de muertes materno-neonatales. Argumenta que todas han sido en Nauta en temas de salud sobre primeros auxilios y síntomas de peligro en la madre y recién nacido. En esa línea destaca que la Red de Salud de dicho distrito ha tomado en cuenta las decisiones y las tradiciones desde las ACS donde han opinado sobre los modos de dar a salud en la comunidad "colgadas en una soga, en un banquito, con faldones". Señala que cuando alguna mamá de su comunidad y de otras llegan al CSS ellas toman la decisión cómo dar a luz en donde se les dan faldas y les dan facilidades. "Nosotros hemos opinado, dimos nuestras propuestas y parece que ellos respetaron nuestras decisiones desde la DIRESA" (M. Pacaya, comunicación personal, 2024). Esto, según Pacaya se sustenta para garantizar la comodidad de las gestantes que se han incorporado mediante las sugerencias de las y los ACS.

No obstante, algo crítico a destacar es que ninguna capacitación se realizó en su comunidad o cercana a esta, sino que todas las capacitaciones han sido en Nauta. Pacaya destaca que dichas capacitaciones no fueron comunicadas de manera directa desde la DIRESA Loreto o la Red de Salud de Nauta. Contrariamente, a través de una invitación, la ONG Mamás del Río les hacía llegar la notificación para las capacitaciones y asumían los costos de transporte. A pesar de ello, postula que DIRESA respetaba el rol de su trabajo y había un intercambio donde, por un lado, ellos escuchaban a los ACS y se había un intercambio conocimientos, porque ciertos funcionarios desconocían su profesión. Por otro lado, las capacitaciones a las ACS eran brindadas por obstetras, doctores, serumistas, técnicas, los jefes del centro donde Pacaya afirma que existía bastante diálogo.

Sin embargo, señala que el diálogo intercultural ha sido temporal, por ello argumenta lo siguiente: "Solo nos llamaron una vez, nos capacitaron y de ahí ya, supuestamente, nos olvidaron. No sabemos nada de ellos. Estamos como, pues, olvidados" (M. Pacaya, comunicación personal, 2024). No se organizaron más eventos de diálogo más allá de las capacitaciones, las cuales solían ser tres veces al

año. En esa línea, la ACS sostiene que DIRESA Loreto no se ha comunicado con la comunidad desde hace casi un año. Asimismo, expresa que para trasladar a las gestantes no posee una movilidad adecuada y que la ONG Mamás del Río es la que cubría los gastos. Además, cuando en una comunidad había una muerte materna, dicha ONG era a la que se informaba y trataba de investigar más no la DIRESA. Enfatiza que existe una leve ausencia desde el CSS Nauta y quisieran que exista algún tipo de ayuda.

Un punto importante que destacar es que las ACS vienen capacitándose desde 2018 a propósito de la estrategia de SSL y el personal de salud. Por tal motivo, había una cadena y red de contactos por parte de médicos y obstetras que las capacitaban. No obstante, como se destacó, existe un alto nivel de funcionarios que llegan y se van ante el cese de funciones por disposiciones normativas, de ahí existan pocos médicos especializados. Pacaya evidencia que el personal médico con los que poseía algún contacto ya no está o está en otras comunidades, lo cual es crítico antes los escaso encuentros entre ACS y personal médico. En sus palabras, quisiera que su labor como ACS, sea remunerada. Esto se explica porque es un trabajo voluntario que se realiza desde mucho antes de pandemia y solo se han capacitado desde DIRESA, pero no les pagan y los costos de transporte eran cubiertos por Mamás del Río.

Respecto de las usuarias que acceden a los servicios de salud maternos y neonatales, se dialogó con siete madres de la comunidad nativa de Esparta a través de un focus group respecto del desempeño, alcance, atención y recomendaciones para dichos servicios. Respecto del alcance, todas convergieron en que existe una presencia regular de servicios de salud en su comunidad. Esto se explica porque si bien existen servicios de atención de parto vertical en los CSS y facilidades para asistir con la madrina o padrino para realizar el corte de cordón umbilical en la sala de partos, las brigadas de salud intercultural no son frecuentes. En esa línea, todas argumentan que les gustaría contar con un CSS en su comunidad, dadas las brechas de transporte y económicas que enfrentan. De tal modo, María Chujutalli logra sintetizar ello a través de lo siguiente:

Pedimos un centro de salud en nuestra comunidad, porque a veces tenemos dificultades para llegar al más cercano [Miraflores], aunque sea chico, pero ya tenemos medicinas y un enfermero capacitado por la Red de Salud de Nauta para que nos pueda atender. Nosotros tenemos nuestros conocimientos, pero preferimos que sea alguien bien capacitado en emergencias (M. Chujutalli, comunicación personal, 2024).

Lo expuesto anteriormente recupera las peculiaridades de las estrategias de salud contexto amazónico: el acceso a servicios básicos se da por movilización fluvial. Además de estar condicionado por las condiciones climáticas, los costos de transporte son altos. Esto último repercute de manera negativa a comunidades indígenas que, en su mayoría, enfrentan brechas económicas. Por tal motivo, todas las madres argumentan que les gustaría contar con una movilidad de la posta, ya que algunas no cuentan con uno o son pequeños, lo que eleva el tiempo de llegada.

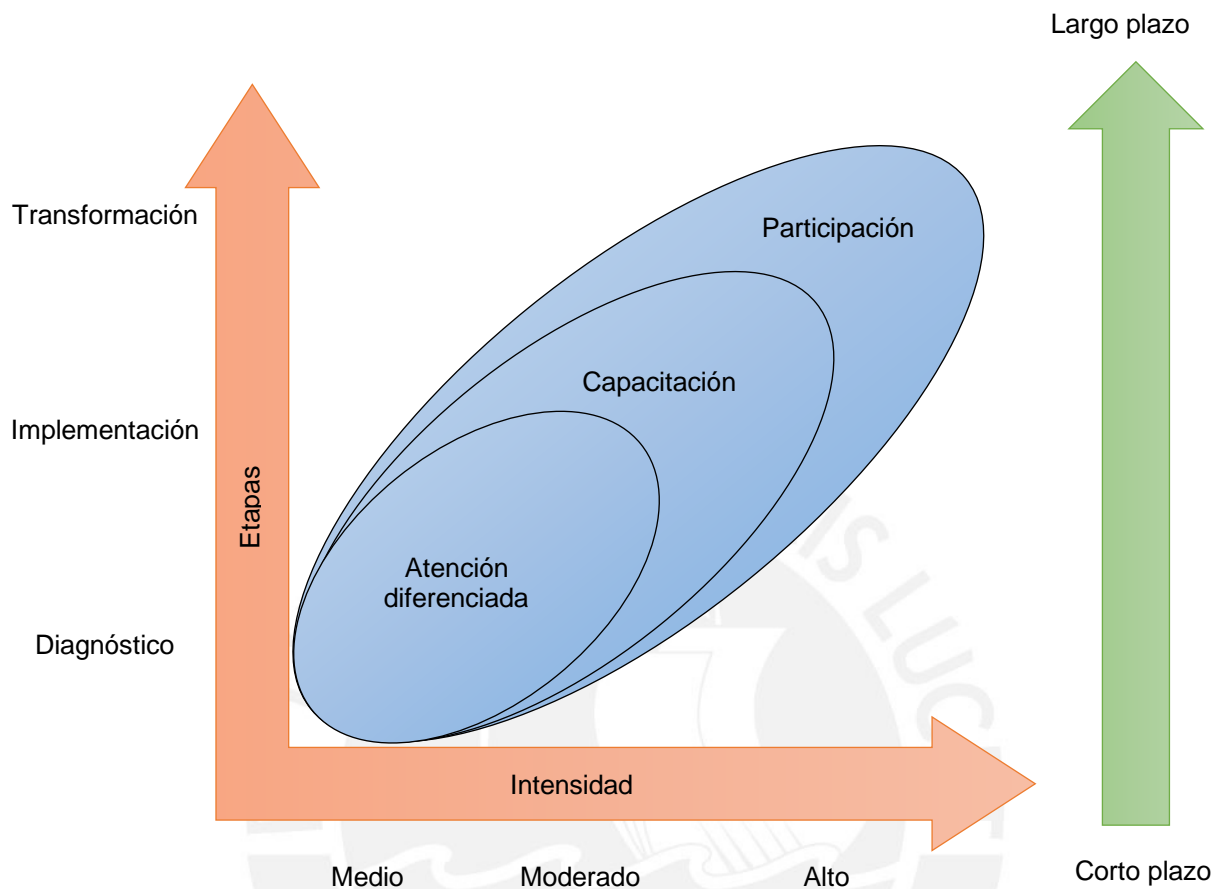
A pesar de estos desafíos, muchas madres logran acceder a estos servicios, especialmente, en la atención de recién nacidos. Ello se explica, porque, en su mayoría, los partos se producen en la comunidad dado el tiempo que puede demorar el transporte. No obstante, argumentan que los controles de embarazo y neonatos se dan en CSS, en los que la ACS ha sido el nexo para recordarles sus asistencias. Un grupo de madres expresó que pudieron ingresar a la sala de parto en las que el trato fue desde una relación recíproca. En esa línea, Mercedes Tapullima enfatiza lo siguiente:

Se ha respetado mi forma de dar luz, porque la obstetra siempre pregunta quiénes van a entrar ya sea que va a entrar la partera, el padrino, la madrina o el ACS. Como gestantes, elegimos a las personas para acompañarnos a la sala de parto (M. Tapullima, comunicación personal, 2024).

Por lo expuesto, se puede contrastar que, a pesar de que el CSS de Nauta ha ido incorporando el uso de faldas, métodos tradicionales como dar a luz con la sogá desde un orcón en un banco, persisten una serie de brechas. Estos se explican por la visión compleja respecto de la pertinencia cultural en los servicios que se establece desde un enfoque de comunidad de la sociedad civil. Esto se representa en la siguiente figura 11.

Figura 11.

Pertinencia cultural desde la sociedad civil



Fuente: Elaboración propia. Adaptado de *Resilience as the result of absorptive, adaptive, and transformative capacities* de Bené, Headey, et al. (2016).

En suma, de acuerdo con la figura 9, el enfoque desde la comunidad, es decir, desde la ACS y las usuarias se manifiesta a través de tres pilares y comprende un proceso. Se reconoce que el momento inicial, es decir, de diagnóstico, refiere a una atención diferenciada, la cual se expresa en la elección de sus necesidades al ingresar a las salas de partos. Segundo, la sostenibilidad de ello, dicho de otro modo, la implementación, se expresa en las capacitaciones con la ACS y las madres gestantes para más allá de adecuar es mejorar y acercar los servicios de salud desde un enfoque centrado en las usuarias. Finalmente, la transformación se expresa en la participación dentro de la toma de decisiones sobre la salud intercultural en la que las y los ACS son reconocidos tanto institucional como económicamente como actores claves en las políticas de salud intercultural.

3.4. Desafíos en el proceso de transversalización del enfoque intercultural en el programa de reducción de muertes materno-neonatales

Tras haber analizado las perspectivas de los actores involucrados en el proceso de implementación de la estrategia para reducir las morbilidades tanto maternas como neonatal es pertinente destacar los desafíos. Desde la ONG, Chuzón manifiesta que, en la fase inicial del proyecto existía un alto grado de dificultad. Ello se explica porque SSL buscaba la sostenibilidad del proyecto a través de una política pública, porque, para ese periodo, había un escaso compromiso del GORE. Aun así, manifiesta que se logró articular con la Gerencia de Desarrollo Social cuyos ejes de trabajo son educación, salud y deporte. Esta falta de voluntad política era mayor a la de la DIRESA, de los cuales, en todas las etapas hasta el cierre, recibieron apoyo y articulación. Sin embargo, sostiene que articular con los directores fue clave para asegurar la sostenibilidad, dado que eran el nexo con los estudiantes del curso y concedían los permisos para asistir a los módulos.

En esa línea, Palomino destaca que, inicialmente, resultó difícil porque la formación del personal de salud era vertical, es decir, carecían de un enfoque comunitario. Por esta razón, al principio, los funcionarios de salud poseían una mentalidad muy crítica de la comunidad y tenían miedo de enfrentarse a ellos. También señala que, desde la comunidad, fue complicado lograr el acercamiento con la DIRESA y el personal médico para conocer las prácticas de la comunidad, ya que se sentían intimidados. Sin embargo, los hallazgos anteriores contrastan en que pudo superarse esta brecha con las visitas constantes a la comunidad, así como la devolución de saberes desde ambos lados.

Respecto de las dificultades desde los burócratas de la calle, las perspectivas son distintas. De un lado, en palabras de Shuña, reconoce los desafíos de la constante incorporación de personal de salud, los cuales son serumistas por periodos cortos y con cosmovisiones distintas a la de comunidades indígenas en Nauta. Asimismo, señala que la pertinencia cultural en los servicios públicos en un tema aún reciente por lo que forma parte de un proceso de adaptación. Por tal motivo sostiene lo siguiente:

Hemos empezado con diálogos interculturales, pero también teniendo en cuenta que recién estamos en un proceso. Estamos hablando del 2017 hasta este año. Son cinco o seis años que se está trabajando en este tema [pertinencia cultural], pero hay que

tener en cuenta que es un proceso de adaptación. Sin embargo, nada es imposible, como le dije (J. Shuña, comunicación personal, 2024).

Lo expresado por Shuña respecto de la constante rotación responde la hipótesis planteada de que existe un desarrollo desigual de capacidades en materia de interculturalidad que se ofrece desde la oferta de servicios de salud en Nauta. Esto último también puede explicarse por los indicadores poco claros de monitoreo desde la PNTEI para evaluar un servicio con pertinencia cultural, dado que fue pensado como un instrumento nominativo. Pese a ello, desde el MINSA se han diseñado instrumentos y manuales como la Política de Salud Intercultural o los manuales de atención intercultural en el primer nivel que ofrecen directrices más. A propósito de ello, el personal nuevo es capacitado por burócratas con más tiempo, pero la permanencia en la Red de salud sigue siendo baja o se trasladan a otras comunidades. Esto se explica, porque desde el MINSA no se ofrecen condiciones diferenciadas para postular a plazas en la región amazónica en donde las condiciones alimentarias, de transporte, geográficas y las epistemes son distintas.

Adicionalmente, tanto Burga como Pachas convergen con SSL en que, también inicialmente, uno de los desafíos más grandes fue lograr el acercamiento de las parteras al personal salud y ACS. Esto se explica porque se mostraban temerosas por contar detalladamente su labor o de que invadían su privacidad. De igual manera, coinciden con Shuña en que la dificultad para generar la permanencia del personal de salud, por lo que el cuerpo médico se iba acortado. No obstante, ambas enfatizan en que con la perseverancia y capacitaciones este desafío pudo ir superándose e incluso, en algunos casos, lograr un contrato o permanencia después del SERUMS.

De acuerdo con lo expresado desde los implementadores, la pertinencia se ve desafiada por la alta rotación de personal de salud, las cosmovisiones distintas y el tiempo de la estrategia. Un elemento que rescatan es la necesidad de la sostenibilidad de la estrategia mediante las capacitaciones tanto a funcionarios, como a ACS. No obstante, la interculturalidad no aterriza ni resultada suficiente en ello, sino que, citando a Fraser (2006), debe interrelacionarse con la redistribución socioeconómica, del poder y la representación política. Por ello, tomando en cuenta a Balarín (2012) las políticas interculturales poseen límites de reconocimiento y redistribución. Por tal motivo, desde la sociedad civil, las usuarias y ACS postulan que más allá de la inclusión quieren ser parte de la toma de decisiones. Para ello, la ACS, por un lado,

fundamenta en la necesidad de reconocer su labor más allá de ser un voluntariado y las madres, por otro, solicitan un CSS dentro de su comunidad para mermar los costes de transporte y tiempo.

Ahora bien, cabe precisar que, a pesar de que la presente investigación planteó indicadores para evaluar la pertinencia cultural aparecieron otros factores. De los elementos más repetidos se destaca la falta de presupuesto, el cual se analizará brevemente. Tanto Blas de Mamás de Río y los coordinadores de SSL resaltan un punto crítico y que ha sido recuperado desde la sociedad civil y es que los diálogos interculturales no se realizan continuamente. No obstante, esto último se explica, porque existe una restricción a un área, por el excesivo coste, es decir, por factores tanto territoriales como presupuestales. Como se evidenció, la mayoría de las capacitaciones se articularon a propósito de fondos internacionales como UNICEF y las ONGs antes citadas.

Adicionalmente, tanto Shuña como Urteaga son críticos al destacar el escaso presupuesto y señalan que es esencial. Sin embargo, evidencia que es muy bajo, dado que no les llega mucho y ellos tienen que enfrentarlo por sí mismos este desafío. Esto repercute en la “logística”, es decir, el traslado de un paciente de una comunidad indígena a un establecimiento de salud y las condiciones climáticas que impiden la salida de las brigadas de salud intercultural. Un punto relevante para precisar, según Urteaga, es que estas brigadas son de altos costos donde la mayor parte se destina al pago del personal y la recarga de combustible que comprende alrededor de 20 000 soles.

En esa línea, Urteaga postula que existen límites y normas que se debe seguir de acuerdo con el MINSA, porque reconoce una subordinación a esta entidad que impide implementar más CSS de los que quisiera. Estos límites han generado disputas con las comunidades, porque demandan un proceso acelerado reclamando a personal, medicinas, infraestructura en sus comunidades. No obstante, la investigadora accedió al documento presupuestal expuestos por el funcionario para el año 2023 otorgado por el MINSA, asignó 300 soles a la estrategia de brigadas de salud intercultural para la Red de Salud de Nauta. Esto conllevó a que funcionarios de la red viajaran este año para presionar el incremento del presupuesto y que concluyó con un monto de 60 000 soles, aunque ello cubre solo a tres brigadas. Estos límites presupuestales pueden ser constatados por el bajo presupuesto local que se asigna a la salud materna-neonatal y por la atención prioritaria a otros servicios de salud.

En contraste, según Blas (2024), directora de Mamás del Río, manifiesta que desde el CSS de Nauta no existen reportes actualizados de embarazos adolescentes y de gestantes en Parinarí. Esto último expresa una precariedad en el sistema de registro y un vacío en la rendición de cuentas para programas presupuestales desde el MEF como el 0002, es decir, el de salud materna neonatal que se extiende a los tres niveles de Gobierno, que se traduce en menor presupuesto como lo destacado por los burócratas de la calle.

De tal manera, el acercamiento desde los burócratas de la calle hacia la pertinencia cultural se ha profundizado y ha reducido las barreras de implementación que supone el presupuesto, así como las restricciones demográficas. Sin embargo, hasta este punto, se puede incurrir en una visión positiva y optimista, pero, cabe precisar, que son las perspectivas recuperadas desde sus implementadores. Resulta pertinente reconocer el alto grado de influencia tanto en los niveles más bajos y altos, desde los técnicos y ciudadanía, hasta el GORE. No obstante, dado que la estrategia de reducción de muertes maternas-neonatales no se ha enganchado con una política pública regional y la precariedad de sus registros, ello supone un vacío en la rendición de motivos para la solicitud de presupuesto a instancias más altas como el MEF.

A pesar de ello, es oportuno destacar que, desde los burócratas de la calle, el MINSA ha manifestado un escaso compromiso con la salud intercultural en el distrito de Nauta después de finalizado el curso de capacitación desde SSL. Esto ha generado desencuentros entre los funcionarios, las gestantes, la comunidad y los ACS ante las demandas insatisfechas. No obstante, los hallazgos demuestran que han sido mitigados, aunque con medidas paliativas diseñadas desde el personal médico de la Red de Salud de Nauta. Entre ellos se mencionan la entrega de botiquines comunales o la implementación de hidro ambulancias. Sin embargo, el alcance sigue siendo corto, ya que, por ejemplo, para el caso de la comunidad nativa de Esparta, no se ha logrado un alcance ni ha sido sostenido. Ello demuestra que no se ha logrado extender (“up”) la estrategia a los niveles más altos del Estado tal es el caso del MINSA.

Conclusiones

“Nacer bien en la Amazonia indígena” representa un caso valioso en la prestación de servicios públicos con enfoque intercultural. Esta experiencia local recupera la trayectoria de los distritos de Indiana, Mazán y Nauta en la provincia de Loreto. La novedad se sustenta porque comprende distintos niveles y actores que, pese a la diferencia de cosmovisiones, convergían en un propósito común: reducir las muertes maternas-neonatales en dicho departamento. Para ello, la investigación se estructuró a partir del caso del distrito de Nauta en función de la siguiente pregunta: ¿Qué factores favorecieron y obstaculizaron la implementación de servicios de salud materno-neonatal con pertinencia cultural en la provincia de Nauta (2018-2020)?

De tal manera, por un lado, se evidenció que la estrategia se articuló desde una alianza multiactor entre ONGs, funcionarios de salud y sociedad civil. Ello se explica como resultado de una ventana de oportunidad y de voluntad política entre estos actores. De esta manera, el enfoque intercultural se ha implementado desde la adecuación de los servicios de salud con pertinencia cultural a través de la construcción de diálogos interculturales en espacios formales e informales. Para ello, resultó crucial el involucramiento de los implementadores del nivel más bajo: médicos, obstetras y serumistas de la Red de Salud de Nauta. Esto se fundamenta en el cumplimiento de objetivos para reducir dichas morbilidades y garantizar la sostenibilidad de la estrategia de reducción de muertes maternas-neonatales.

En esa línea, la implementación del enfoque intercultural corresponde a un impulso “desde abajo”, es decir, desde los burócratas. Ante ello, el diseño institucional de la pertinencia cultural señalado en la PNTEI fue reinterpretado por la burocracia del distrito de Nauta a partir de la elaboración de una estrategia creativa en alianza con las ONG y las parteras. En consecuencia, si bien en un inicio la estrategia para reducir las muertes maternas-neonatales fue propuesta desde la ONG SSL, la burocracia de dicho distrito ha trabajado en su sostenibilidad. Para ello, la junta directiva de la Red de Salud del distrito presidida por su director ha difundido esta estrategia en niveles más altos como el GORE Loreto y el MINSA. Asimismo, el personal médico se ha encargado de la capacitación y sensibilización del enfoque intercultural con aquellos funcionarios nuevos.

No obstante, existen factores que desafían el alcance y satisfacción de demandas para comunidades indígenas en esta estrategia. Ello se fundamenta en el

desarrollo desigual de capacidades entre el personal médico que ha tratado de superarse con las capacitaciones. Sin embargo, la permanencia del personal de salud en el distrito y a nivel departamental sigue siendo baja, por lo que es constantemente rotativa a través del SERUMS. Adicionalmente, esta sostenibilidad no se ha enganchado con un trabajo articulado con las parteras y ACS que dotan el enfoque de comunidad.

Un factor importante que también se destacó fue el presupuesto, dada la baja inversión en la salud materna-neonatal en los gobiernos locales de Loreto y más aún en la UE- Red de Salud de Nauta. Esto se explica por la atención a otros servicios como la atención médica básica, despistaje de tuberculosis, entre otros. Sin embargo, no es plausible afirmar que el tema presupuestal resolvería las barreras para extender mejores servicios de salud materno-neonatal. Contrariamente, es solo parte de la solución, ya que debe interrelacionarse con mecanismos de política pública, coordinación interestatal con niveles más altos y redistribución del poder y política con quienes dotan del enfoque de comunidad, los pueblos indígenas.

Es importante destacar esta interrelación, dado que el proyecto real de un Estado intercultural supone la adecuación del sistema político en función de las características específicas de la sociedad. Para el caso particular, requiere que las poblaciones indígenas se encuentren representados y sean parte de la toma de decisiones en el ámbito de la salud. Un nexo importante son los ACS que dotan del enfoque de comunidad, quienes no cuentan con un reconocimiento ni enganche institucional al ser un trabajo voluntario. Con esto, a pesar de la novedad que aporta este caso en la prestación de servicios públicos, la formulación de políticas interculturales no se extiende a niveles de redistribución. Contrariamente, sigue aterrizando en el reconocimiento de la diversidad cultural.

Por esta razón, la investigadora sugiere que más allá de la voluntad política de los burócratas de la calle y la cooperación con ONG es importante dejar precedentes institucionales de gestión pública en materia intercultural que garanticen su sostenibilidad. Esto último supone el reconocimiento institucional de los ACS dentro del sistema de salud como parte del cuerpo médico y nexo con la comunidad. Si bien Nauta es el único distrito con la categoría de pertinencia cultural, las brechas territoriales, económicas y culturales podrían acortarse con la inclusión de estas poblaciones como decisores y hacedores de políticas en el sector salud. Esto podrían manifestarse a través de una ordenanza o resolución municipal. De igual manera, es

relevante que el MINCUL diseñe y complejice instrumentos de monitoreo para la PNTEI, dado que constituye una política nacional importante en materia de interculturalidad.

Del mismo modo, pese a la novedad que representa la estrategia de “Nacer bien la Amazonía indígena”, no se ha producido el “up”, es decir, extenderse a niveles de gobierno más altos como el MINSA. Ello es crítico, ya que dicha institución representa el órgano rector nacional en la formulación de políticas de salud intercultural. Contrariamente, su participación en el distrito de Nauta ha enfrentado caminos sinuosos, por lo que el presupuesto ha sido bajo. Ello supone un vacío en el retorno de aprendizajes de experiencias locales que han adecuado sus servicios en función de las necesidades de población culturalmente diversa y que sigue representando un desafío nacional. Pese a ello, los burócratas de la Red de Salud de dicho distrito han diseñado medidas de solución como la entrega de botiquines comunales, aunque paliativas. Adicionalmente, han transitado de una atención vertical a una horizontal centrado en la construcción de las usuarias mediante diálogos interculturales.

En adición a ello, la región amazónica comprende condiciones específicas que requieren la redistribución socioeconómica y del poder para superar las desigualdades que enfrentan las poblaciones indígenas. Para enfrentar estas brechas, las comunidades han articulado estrategias que parten de enfoques comunitarios y prácticas culturales que no eran revalorizadas hasta la implementación de la estrategia de reducción de muertes maternas-neonatales. A pesar esto, la densidad territorial de Loreto, incluso del distrito de Nauta, es exorbitante y comprende realidades socioculturales distintas entre sí, por lo que el diseño de políticas debe centrarse en las y los usuarios. Esto compromete adaptar las estrategias desde la comunidad e incorporar su participación en la toma de decisiones para mejorar la eficacia y alcance de las estrategias interculturales.

Finalmente, el objetivo de la tesis versó en aterrizar en la manera en cómo se comprende el enfoque intercultural desde los actores involucrados en el proceso de implementación y en función del contexto amazónico. De tal manera, se puede argumentar que la interculturalidad, a partir de la experiencia del distrito de Nauta, se distancia de la concepción restricta de la interculturalidad centrada en la inclusión. Al contrario, aterriza en la adecuación de servicios, la revalorización del sistema de salud tradicional y la participación de las comunidades indígenas. Recuperar esta

experiencia para la formulación de políticas de salud intercultural es vital para construir un real Estado intercultural preocupado por la participación de estas poblaciones.



Referencias bibliográficas

- Aliaga, G. (2014). Avances, desafíos y oportunidades hacia la construcción de una política de salud intercultural en el Perú. [Tesis de postgrado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. Repositorio Digital de Tesis UNMSM. https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/3493/Aliaga_rg.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Anicama, D. (2021). Inclusión excluyente: un análisis al proceso de implementación del Plan Nacional de Educación Intercultural Bilingüe (2016-2021) desde la comunidad educativa ashaninka de Junín. [Tesis de pregrado, Pontificia Universidad Católica del Perú]. https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/26079/ANICAMA_C%c3%81RDENAS_DANIELA_FERNANDA_INCLUSION_EXCLUYE_NTE.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Base de Datos de Pueblos Indígenas. (s/f). Buscador de localidad de pueblos indígenas. <https://bdpi.cultura.gob.pe/buscador-de-localidades-de-pueblos-indigenas>
- Berman, P. (1975). Federal Programs Supporting Educational Change, Vol. 5: Executive Summary.
- Bardach, E. (1977). The implementation game. Cambridge, MA: MIT Press.
- Balarín, M (2012). El Estado y el desarrollo de la institucionalidad intercultural en el Perú. Lima: GRADE. <http://grade.org.pe/indicadores/docs/Balarin-final.pdf>
- Berkley.Pastor, S., & Catacora, I. (2015). Estudio del servicio de salud materna en el hospital general del distrito de Jaén, brindado a través del Seguro Integral de Salud: Análisis desde el enfoque intercultural durante los meses de marzo a setiembre de 2012. [Tesis de postgrado, Pontificia Universidad Católica del Perú]. Repositorio Digital de Tesis y Trabajos de Investigación PUCP. https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/5907/CATACORA_ISABEL_PASTOR_SONIA_ESTUDIO_JAEN.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Béné, C., Headey, D., Haddad, L., & von Grebmer, K. (2016). Is resilience a useful concept in the context of food security and nutrition programmes? Some conceptual and practical considerations. *Food security*, 8, 123-138.
- Banco Central de Reserva del Perú. (2023). Categorización del departamento de Loreto. <https://www.bcrp.gob.pe/docs/Sucursales/lqitos/loreto-caracterizacion.pdf>
- Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. (2007). *Análisis de situación de salud de Loreto año 2007*. (Informe). Ministerio de Salud. http://www.dge.gob.pe/Asis/indreg/asis_loreto_07.pdf
- Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. (2012). *Análisis de situación de salud de Loreto año 2012*. (Informe). Ministerio de

Salud.

https://www.geresaloreto.gob.pe/storage/asis/ASIS%20LORETO%202012%20DIRESA%20LORETO_1681833247.pdf

Centro Nacional de Salud Intercultural. (2014). V Taller Nacional *Etapa deliberación interna Política Sectorial de Salud Intercultural – Consulta Previa*. (Informe técnico). Ministerio de Salud. https://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/7/jer/censi_pssi/V%20Taller%20Nacional%20PSSIC-Consulta%20Previa.%20Informe%20Tu00E9cnico%20%208%20de%20abril%202014%20doc.pdf

Castillo, D. (2015). Factores relacionados al proceso de diseño de la política de salud intercultural en el Perú. [Tesis de pregrado, Pontificia Universidad Católica del Perú]. Repositorio Digital de Tesis y Trabajos de Investigación PUCP. https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/9150/CAS_TILLO_MATOS_DAYCE_DENISSE_FACTORES.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Correa, N. (2016). Interculturalidad para una mejor inversión social: Oportunidades para el Estado Peruano rumbo al 2021. En *Metas del Perú al bicentenario*. Consorcio de Universidades. Pp. 173-181. <http://www.conorcio.edu.pe/metas-bicentenario/Metas-del-Peru-al-Bicentenario-Consorcio-de-Universidades-Libro-Digital.pdf>

Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. (2020). *Análisis de Situación de Salud de los Pueblos Indígenas de la Amazonía Viviendo en el Ámbito de las Cuatro Cuencas y el Río Chambira*. (Informe). Ministerio de Salud. https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/asis-indigena/asis-indigena_2020.pdf

Defensoría del Pueblo. (2008). La Salud de las Comunidades Nativas: Un reto para el Estado (Informe N° 134).

Delgado-Pugley, D. (2012). Contesting the Limits of Consultation in the Amazon Region: On Indigenous Peoples' Demands for Free, Prior and Informed Consent in Bolivia and Peru. *Revue Générale de Droit de la Faculté d'Ottawa*. Pp. 151-181.

Defensoría del Pueblo. (2015). La defensa del derecho de los pueblos indígenas amazónicos a una salud intercultural (Informe N° 169) (pp. 158-158). <https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2018/05/Informe-Defensorial-N-169.pdf>

Defensoría del Pueblo (2015). Los enfoques de género e interculturalidad en la Defensoría del Pueblo. https://centroderecursos.cultura.pe/sites/default/files/rb/pdf/DP_Folleto_Genero_Interculturalidad.pdf

Defensoría del pueblo. (2015). ¿Sabemos cuánta población indígena hay en el Perú?

[Publicación de blog]. Recuperado de <https://www.defensoria.gob.pe/blog/sabemos-cuanta-poblacion-indigena-hay-en-el-peru/>

Elmore, R (1980). "Diseño retrospectivo: Investigación de la implementación y decisiones políticas" en: *Political Science Quarterly*. Vol. 94, N° 4. pp. 601-616.

Encinas, D., Sosa, P., & Zavaleta, M. (2011). Los retos políticos de la inclusión social. *consejo eDitorial*, 5(5), 56. <http://argumentos-historico.iep.org.pe/wp-content/uploads/2014/01/ArgumentosNOVIEMBRE2011.pdf#page=56>

Espinosa de Rivero, O. (2019) Una historia de tensiones y desencuentros: la relación entre el Estado y los pueblos indígenas de la Amazonía en el Perú. En Garzón López, P. & Mejía Mesa, O. (Coordinadores) *Pueblos indígenas y Estado. Avances, límites y desafíos del reconocimiento indígena*, pp. 71-98.

Fuller Osoreo, N. J. (2002). *Interculturalidad y política: desafíos y posibilidades*. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.

Fraser, N. (2006). Mapping the feminist imagination: From redistribution to recognition to representation. *Die Neuverhandlung Sozialer Gerechtigkeit: Feministische Analysen Und Perspektiven*, 37-51.

Ferree, M. (2007). *Framing Equality: The Politics of Race, Class, Gender in the US, Germany and the Expanding European Union*. Paper for EU Gender Politics

Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2017). *Material de apoyo para la sensibilización en salud intercultural dirigido a facilitadores interculturales*. <https://peru.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Folleto%20SALUD%20INTERCULTURAL%20FINAL.pdf>

Gobierno Regional de Loreto (2017). Ordenanza Regional N.° 015-2017-GRL-CR: declarar como política pública regional las cinco políticas públicas regionales de: disminución de la desnutrición crónica infantil, anemia, eliminación de malaria, disminución de mortalidad materna y embarazo en la región Loreto. https://aplicaciones02.regionloreto.gob.pe/sites/default/files/normativa_regional/ordenanza_regional_nde_015-2017-grl-cr.pdf

Gobierno Regional de Loreto (2019a). Ordenanza Regional N.° 059-2019-SO-GRL-CR. Por la que se aprueba la solicitud de incorporación de la formación en salud intercultural y el uso de la lengua materna de la población en el ámbito regional. <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/2324901/Acuerdos%20Ordinarios%20de%20Consejo%20N%C2%B0%20059-2019-SO-GRL-CR.pdf?v=1635352739>

Gobierno Regional de Loreto (2019b, 17 de enero). Resolución Ejecutiva Regional N.° 097-2019-GRL-CR. <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/2237147/Resoluci%C3%B3n%20Ejecutiva%20N%C2%B0%20097-2019-GRL-CR.pdf?v=1633610014>

Gobierno Regional de Loreto. (2019c, 8 de febrero). *Formalizan la creación de la Unidad Ejecutora 407 denominada Red de Salud Loreto – Nauta*. Diario Oficial

El Peruanos.
https://busquedas.elperuano.pe/api/media/http://172.20.0.101/file/3MOj9DvFqoO8v8hQE_0uXP*/1765114-2.pdf/PDF

Gobierno Regional de Loreto (2020, 4 de febrero). Resolución Gerencia General Regional N.º 065-2020-GRL-CR.
<https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/2147435/Resolucion%20Gerencia%20065-GRL-GGR.pdf>

Gobierno Regional de Loreto (2023, 12 de enero). Resolución Ejecutiva Regional N.º 091-2023-GRL-CR.
<https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/4088783/091-2023-GRL-GR.pdf.pdf?v=1675439251>

Garzón López, P., Mejía Mesa, O. (2019). *Pueblos indígenas y estado: Avances, límites y desafíos del reconocimiento indígena*. Editorial Abya-Yala.

García, M., Ascencios, K., Velarde, C. M., & Herrera, R. (2020). Plataformas Itinerantes de Acción Social – PIAS: : una buena práctica de articulación en gestión pública. *Saber Servir: Revista De La Escuela Nacional De Administración Pública*, (4), 6–31. <https://doi.org/10.54774/ss.2020.04.01>

Guiteras, A. (2022). "The Indian Question" in the Bolivia Amazon: the School Centers of Casarabe and Moré" *The Americas* 79:" (2022): 67-100

Gerencia Regional de Salud de Loreto. (2022). *Análisis de Situación de Salud de Loreto – 2022*. (Documento técnico) GERESA.
https://geresaloreto.gob.pe/storage/asis/ASIS%202022%20GERESA%20LORETO-GRSL_1704387701.pdf

Heise, M., Tubino, F. & Ardito, W. (1994). *Interculturalidad: un desafío*. Lima: CAAP.

Htun, Mala (2016). *Inclusion without Representation in Latin America. Gender Quotas and Ethnic Reservations*. Cambridge: Cambridge University Press, pp. 1-43

Ilizarbe, C. (2002). Democracia e interculturalidad en las relaciones entre Estado y sociedad. Norma Fuller (editora). *Interculturalidad y política*. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2017). *Censos Nacionales 2017: XVII de Población, VII de Vivienda y III de Comunidades Indígenas*. (Informe).
https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1539/libro.pdf

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2009). *Perú: Mortalidad Infantil y sus Diferenciales por Departamento, Provincia y Distrito 2007*. (Informe).
https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib0805/libro.pdf

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2020). *Perú: Encuesta demográfica y de salud familiar ENDES 2020*. (Informe).
https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib

[1795/](#)

- Ilizarbe, C. (2019a) Intercultural Disagreement. Implementing the Right to Prior Consultation in Peru, *Latin American Perspectives*, issue 228, vol. 46, (5) September, pp. 143 – 157.
- Ilizarbe, C. (Coord.) (2019b). *Pobreza y democracia en el Perú: una jornada de análisis y diálogo público*. Centro de Investigaciones Sociológicas, Económicas, Políticas y Antropológicas (CISEPA) de Pontificia Universidad Católica del Perú.
<https://repositorio.pucp.edu.pe/index/bitstream/handle/123456789/169025/18342%20Pobreza%20y%20democracia%20interiores.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Jumpa, A. P. (2013). Las comunidades campesinas y nativas en la Constitución Política del Perú: un análisis exegético del Artículo 89º de la Constitución. *Derecho & Sociedad*, (40), 195-206.
<https://revistas.pucp.edu.pe/index.php/derechoysociedad/article/view/12800/13357>
- Lindblom, C. (1959). "The science of Muddling Through" En: *Public Administration Review*, Vol. 19, Nº 2 (Spring, 1959) pp. 79-88.
- Lipsky, M., (1976). Towards a theory of street-level bureaucracy. In Willis Hawley and Michael Lipsky (Eds.), *Theoretical Perspectives on Urban Politics*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Lipsky, M., (1980). *Street-level bureaucracy: dilemmas of the individual in public services*, New York: Russell Sage Foundation.
- Lasswell, H. (2007). La concepción emergente de las ciencias políticas. En *El estudio de las políticas públicas* (pp. 104-117).
- Ministerio de Economía y Finanzas. (s/f). Consulta amigable. *Transparencia Económica Perú*.
<https://apps5.mineco.gob.pe/transparencia/Navegador/default.aspx>
- Ministerio de Cultura. (s/f). *El enfoque intercultural en la gestión pública*. Congreso de la República.
[https://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con5_uibd.nsf/7A5618019965525405258283005A856B/\\$FILE/EnfoqueInterculturalEnLaGesti%C3%B3nP%C3%BAblica.pdf](https://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con5_uibd.nsf/7A5618019965525405258283005A856B/$FILE/EnfoqueInterculturalEnLaGesti%C3%B3nP%C3%BAblica.pdf)
- Ministerio de Salud. (1981). *Atención primaria de salud en el Perú*. (Documento de trabajo). https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1100_MINSA842.pdf
- Montoya, R. (2001). Límites y posibilidades de la educación bilingüe intercultural en el Perú. En Heise, M. (Coordinadora). *Interculturalidad: Creación de un concepto y desarrollo de una actitud*. Lima. Pp. 165-179.
- Ministerio de Salud. (2005). *Norma técnica para la atención del parto vertical con adecuación intercultural*. Ministerio de Salud.
https://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/106_NORATENPARTO.pdf

- Ministerio de Salud. (2009, 21 de julio). Resolución Ministerial N.º 081-2005-MINSA. Por la cual se aprueba la Norma Técnica de Salud de los equipos de Atención Integral de Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas (AISPED). https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/275182/246428_RM478-2009_X.pdf?v=1547165331
- Ministerio de Salud. (2012). Memoria anual año 2012. [Informe]. https://www.minsa.gob.pe/Recursos/OTRANS/12GestInstitucional/Informes/2012/MEMORIA_ANUAL_2012.pdf
- Medina, Y. (2012). El transporte fluvial: factor motriz para el desarrollo de la Región Loreto. [Tesis de maestría, Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas]. https://repositorioacademico.upc.edu.pe/bitstream/handle/10757/659496/MedinaA_Y.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Ministerio de Cultura (2015a, 8 de abril). Resolución Ministerial N.º 124-2015-MC. Por la cual se aprueba la Guía de lineamientos denominada “Servicios públicos con pertinencia cultural. Guía para la aplicación del enfoque intercultural en la gestión de servicios públicos”. <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/213522/rm124conguia.pdf?v=1539858587>
- Ministerio de Cultura. (2015b). Servicios públicos con pertinencia cultural. Guía para la aplicación del enfoque intercultural en la gestión de servicios públicos. Lima: Ministerio de Cultura. Partes I y II, Cuadernillos. <https://centroderecursos.cultura.pe/sites/default/files/rb/pdf/guiaparalaaplicaciondelenfoqueinterculturalenlagestiondelosserviciospublicos-final.pdf>
- Ministerio de Cultura. (2017). *Política Nacional de Transversalización del Enfoque Intercultural*. Centro de Recursos Interculturales. <https://centroderecursos.cultura.pe/sites/default/files/rb/pdf/Politica-nacional-para-la-transversalizacion-del-enfoque-intercultural-final.pdf>
- Ministerio de Cultura. (2018, 28 de noviembre). Resolución Viceministerial N.º 025-2018-VMI-MC. Por la cual se aprueba declarar ganadores y finalistas de la V edición del "Concurso de Buenas Prácticas Interculturales en la Gestión Pública: La diversidad es lo Nuestro". <https://transparencia.cultura.gob.pe/sites/default/files/transparencia/2018/11/resoluciones-del-viceministerio-de-interculturalidad/rvmi025.pdf>
- Ministerio de Salud. (2019). Adecuación de los servicios de salud con pertinencia cultural en el primer nivel de atención. [Material informativo]. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4809.pdf>
- Ministerio de Salud. (27 de enero de 2020a). Centro Nacional de Salud Intercultural conmemoró su 18º aniversario de creación. *Instituto Nacional de Salud*. <https://web.ins.gob.pe/index.php/es/prensa/noticia/centro-nacional-de-salud-intercultural-conmemoro-su-18deg-aniversario-de-creacion#:~:text=Desde%20su%20creaci%C3%B3n%20en%20el,de%20la%20interculturalidad%20como%20derecho>

- Ministerio de Salud. (2020b). *Análisis de Situación de Salud de los Pueblos Indígenas de la Amazonía Viviendo en el Ámbito de las Cuatro Cuencas y el Río Chambira*. (Informe). Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y control de enfermedades. <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1865080/5264.pdf?v=1620104082>
- Ministerio de Salud. (2022). Orientaciones para la implementación de la Directiva administrativa para la adecuación de servicios de salud con pertinencia cultural en el primer nivel de atención. [Instructivo]. <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5784.pdf>
- Ministerio de Salud. (2023). *Plan de salud integral y el fortalecimiento de salud con enfoque intercultural en ámbito de los pueblos indígenas u originarios para el año 2024*. (Documento técnico). <https://bvs.minsa.gob.pe/local/fi-admin/RM-1175-2023-minsa.pdf>
- Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. (2024). *Reporte regional de indicadores sociales del departamento de Loreto*. (Reporte). <https://sdv.midis.gob.pe/redinforma/Upload/regional/Loreto.pdf>
- Nureña, C. R. (2009). Incorporación del enfoque intercultural en el sistema de salud peruano: la atención del parto vertical. *Revista panamericana de salud pública*, 26(4), 368-376. <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v26n4/v26n4a13.pdf>
- Nureña, C. (2016). Los caminos sinuosos de la interculturalidad en las políticas de salud en el Perú. https://www.researchgate.net/profile/Cesar-R-Nurena/publication/334130073_Los_caminos_sinuosos_de_la_interculturalidad_en_las_politicas_de_salud_en_el_Peru/links/5d198163299bf1547c8ce1b4/Los-caminos-sinuosos-de-la-interculturalidad-en-las-politicas-de-salud-en-el-Peru.pdf
- Oficina Internacional de Trabajo (2014). Convenio Núm. 169 de la OIT sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes. Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas. Lima: OIT/Oficina Regional para América Latina y el Caribe.
- Pressman, J. and Wildavsky, A. (1973). *Implementation*. University of California.
- Paredes, M., Bensa, J., & Díaz, R. (2018). Reseña y crítica de “Acá no hay ventanillas. La burocracia de la calle en los programas sociales”. *Revista Argumentos*, (1) 72-82. <https://argumentos-historico.iep.org.pe/wp-content/uploads/2018/09/Paredes-Bensa-y-D%3%adaz-2018-Ac%3%a1-no-hay-ventanillas-RESE%3%91A.pdf>
- Palomino, M. (2018, 12 de diciembre). Realizan la premiación del V Concurso de Buenas Prácticas Interculturales en la Gestión Pública en el Ministerio de Cultura. *La Mula*. <https://tvrobles.lamula.pe/2018/12/01/realizan-la-premiacion-del-v-concurso-de-buenas-practicas-interculturales-en-la-gestion-publica-en-el-ministerio-de-cultura/tvrobles/>
- Redacción Gobierno del Perú. (2013, 8 de junio). Diresa Loreto llevará atención

- médica a 30 comunidades alejadas del Río Napo. *Gobierno del Perú*. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/33828-diresa-loreto-llevara-atencion-medica-a-30-comunidades-alejadas-del-rio-napo>
- Redacción La Región. (2022, s/f). Centro de Salud de Nauta será recategorizado a IPRESS I – 4 Intercultural. *La Región*. <https://diariolaregion.com/centro-de-salud-de-nauta-sera-recategorizado-a-ipress-i-4-intercultural/>
- Redacción Gobierno del Perú. (2023, 31 de enero). Dr. René Chávez Gobernador Regional entregó resolución de recategorización a IPRESS en Nauta. *Gobierno del Perú*. <https://www.gob.pe/institucion/regionloreto/noticias/697775-dr-rene-chavez-gobernador-regional-entrego-resolucion-de-recategorizacion-a-ipress-en-nauta>
- Rabanal, J. A., Gonzales, O. L., Macias, N., Ochoa, C., & Henao, O. (2019). Sistema de salud en el Perú: situación actual, desafíos y perspectivas. *Revista Internacional de Salud Materno Fetal*, 4(3), 8-18. <http://ojs.revistamaternofetal.com/index.php/RISMF/article/view/108/111>
- Sabatier, P. A., Mazmanian, D. A., Sabatier, P. A., & Mazmanian, D. A. (1983). The prospects for effective implementation of regulatory policy. *Can Regulation Work?: The Implementation of the 1972 California Coastal Initiative*, 1-26.
- Seminario, G. (2021). Salvando la vida de los niños: abordar las brechas de la salud materno neonatal para crear inversiones escalables hacia el futuro. (Informe de sistematización). *Salud Sin Límites*.
- Thomas, J. W., & Grindle, M. S. (1990). After the decision: Implementing policy reforms in developing countries. *World development*, 18(8), 1163-1181. [https://doi.org/10.1016/0305-750X\(90\)90096-G](https://doi.org/10.1016/0305-750X(90)90096-G)
- Tubino, F. (2002). Entre el multiculturalismo y la interculturalidad: más allá de la discriminación política. Norma Fuller (editora) *Interculturalidad y política*. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Valdiviezo, L. A., & Valdiviezo Arista, L. M. (2008). Política y práctica de la interculturalidad en la educación peruana: análisis y propuesta. <https://repositorio.minedu.gob.pe/bitstream/handle/20.500.12799/901/531.%20Pol%c3%adtica%20y%20pr%c3%a1ctica%20de%20la%20interculturalidad%20en%20la%20educaci%c3%b3n%20peruana%20an%c3%a1lisis%20y%20propuesta.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Vásquez, E. (2013). Las políticas y programas sociales del gobierno de Ollanta Humala desde la perspectiva de la pobreza multidimensional. <https://repositorio.up.edu.pe/bitstream/handle/11354/429/DD1307.pdf?sequence=1&isAllowed=y>