

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD
CATÓLICA DEL PERÚ**

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES



Salud intercultural como derecho: La implementación del enfoque intercultural
en los establecimientos de salud de la región Cusco

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

Vallejo Cueva, Angela Geraldine

Asesor:

Dargent Bocanegra, Eduardo Hernando

Lima, 2024

Informe de Similitud

Yo, Dargent Bocanegra, Eduardo Hernando docente de la Facultad de Ciencias Sociales de la Pontificia Universidad Católica del Perú, asesor(a) de la tesis/el trabajo de investigación titulado Salud intercultural como derecho: La implementación del enfoque intercultural en los establecimientos de salud de la región Cusco del/de la autor (a)/ de los(as) autores(as) Vallejo Cueva, Angela Geraldine dejo constancia de lo siguiente:

- El mencionado documento tiene un índice de puntuación de similitud de 20 %. Así lo consigna el reporte de similitud emitido por el software *Turnitin* el 30/05/2024.
- He revisado con detalle dicho reporte y la Tesis o Trabajo de Suficiencia Profesional, y no se advierte indicios de plagio.
- Las citas a otros autores y sus respectivas referencias cumplen con las pautas académicas.

Lugar y fecha: Lima, 31 de mayo del 2024

Apellidos y nombres del asesor / de la asesora: <u>Dargent Bocanegra, Eduardo Hernando</u>	
DNI: 07885701	 Firma
ORCID: 0000-0002-1844-246X	

Resumen

Los pueblos indígenas u originarios del Perú se encuentran en una situación de vulnerabilidad porque enfrentan una constante exclusión que surge de la desigualdad. Uno de los ámbitos donde esto afecta el ejercicio de sus derechos como colectivo es el de la salud. El presente estudio resalta la problemática de la deteriorada salud de los pueblos indígenas. Como respuesta a esto, el Estado peruano viene realizando esfuerzos para crear políticas interculturales de salud. El objetivo principal de esta investigación es analizar el estado de la implementación del enfoque intercultural en los establecimientos de salud de Cusco. De manera específica, se busca determinar las diferencias en el grado de implementación entre el Centro de Salud Huancarani, que está acreditado por brindar servicios con pertinencia cultural, y el Centro de Salud Urcos, que no cuenta con la acreditación. Con esta finalidad, se evaluó ambos establecimientos y se encontró que la implementación del enfoque intercultural en el Centro de Salud Huancarani es mayor, aunque no con la diferencia que se esperaba por la certificación antes mencionada. A partir de la evaluación de los casos, se reconocieron algunos factores que influyen sobre el proceso de implementación determinando que en uno se avance más que en el otro. Estos son la utilización de una directiva clara, la voluntad de los servidores locales y la existencia de demandas sociales. Adicionalmente, en ambos se encontró que la limitada capacidad de los establecimientos como conjunto entorpece la inclusión del enfoque y la implementación de políticas públicas en general.

Palabras clave: interculturalidad, salud pública, política local, implementación, políticas interculturales.



Abstract

The indigenous peoples of Peru are in a vulnerable situation because they face constant exclusion that arises from inequality. One of the areas where this affects the exercise of their collective rights is health. The present study highlights the problem of the deteriorated health of indigenous peoples. In response to this, the Peruvian State has been making efforts to create intercultural health policies. The main objective of this research is to analyze the status of the intercultural approach implementation in health establishments in Cuzco. Specifically, it seeks to determine the differences in the implementation degree between the Huancarani Health Center, which is accredited for providing services with cultural relevance, and the Urcos Health Center, which does not have the accreditation. With this purpose, an evaluation was carried out in both establishments where it was found that the Huancarani Health Center implementation of the intercultural approach is greater, although not with the difference expected due to the certification mentioned above. From the evaluation, some factors that influenced the implementation process were recognized, determining that one progressed more than the other. These are the use of a clear directive that guides the process, the willingness of local servants to include the intercultural approach and the existence of social demands by indigenous peoples. Additionally, the limited capacity of both establishments hinders the inclusion of the approach and the implementation of public policies in general.

Keywords: interculturality, public health, implementation, intercultural policies, local policy.



Índice

Introducción	1
Capítulo 1. La salud de los pueblos indígenas u originarios del Perú	5
1.1. Los Pueblos Indígenas u Originarios del Perú	5
1.2. La deteriorada salud de los pueblos indígenas	7
1.3. El enfoque intercultural en las políticas de salud	10
Capítulo 2. Qué determina la implementación de políticas interculturales de salud	13
2.1. Definiendo la interculturalidad en salud	14
2.1.1. La diversidad cultural y la interculturalidad	14
2.1.2. El enfoque intercultural en el ámbito de la salud	16
2.1.3. Normativa para la adecuación de los servicios de salud	17
2.2. Las políticas públicas y su implementación	19
Capítulo 3. Cómo evaluar la implementación del enfoque intercultural	26
3.1. Gestión para la calidad de atención	27
3.2. Revaloración del sistema tradicional de salud	28
3.3. Recursos humanos promotores de la salud intercultural	28
3.4. Incorporación de la participación ciudadana	29
3.5. Capacidad resolutive	30
Capítulo 4. La implementación del enfoque intercultural en establecimientos de salud de Cusco	32
4.1. La interculturalidad en el Centro de Salud Huancarani	33
4.1.1. Gestión para la calidad de atención	34
4.1.2. Revaloración del sistema de salud intercultural	36
4.1.3. Recursos humanos que promueven la salud intercultural	38
4.1.4. Incorporación de la participación ciudadana	40
4.1.5. Capacidad resolutive	42
4.2. La interculturalidad en el Centro de Salud Urcos	44
4.2.1. Gestión para la calidad de atención	45
4.2.2. Revaloración del sistema de salud tradicional	47
4.2.3. Recursos humanos que promueven la salud intercultural	49
4.2.4. Incorporación de la participación ciudadana	50
4.2.5. Capacidad resolutive	52
Capítulo 5. Factores que influyen en la implementación del enfoque intercultural	56
Conclusiones	63
Referencias bibliográficas	66
Anexo A	69
Anexo B	70

Introducción

El Perú es uno de los países más diversos de la región debido a la convivencia de diversas culturas dentro de su territorio. En los últimos años, dicha diversidad viene siendo reconocida como parte de su riqueza; sin embargo, la desigualdad existente entre su población sigue siendo considerable. Uno de los grupos más afectados por este escenario son los pueblos indígenas u originarios que están en una situación de vulnerabilidad. Especialmente, un espacio donde son afectados de manera grave a causa de la desigualdad es el de la salud. A partir de los esfuerzos del Ministerio de Salud (MINSA) por desarrollar políticas interculturales, es posible reconocer que se comprende desde el Estado la necesidad de abordar dichos temas. Pese a esto, los avances continúan siendo insuficientes ya que se tiene grandes dificultades para implementar la interculturalidad en los diferentes niveles del sector salud.

El presente estudio se ubica en este marco y tiene como tema de investigación a la implementación del enfoque intercultural como política pública. Esto responde al limitado o nulo acceso a servicios de salud que incluyan dicho enfoque por parte de la población indígena y la consecuente necesidad del desarrollo de un sistema de salud con pertinencia cultural. Esto último es relevante ya que los pueblos indígenas no solo enfrentan un conjunto de factores adversos, como la discriminación y la pobreza, sino que tienen carencias crónicas en cuanto a su salud que se ven reflejadas en las preocupantes tasas de malnutrición y mortalidad materno-infantil (Centro Nacional de Salud Intercultural [CENSI], 2019). Igualmente, el análisis realizado para esta tesis permitirá observar algunas de las principales barreras que se presentan durante el proceso de implementación.

La investigación inició preguntándose sobre los avances en la implementación del enfoque intercultural en el sector salud. Se pudo conocer que la Política Sectorial de Salud Intercultural y la Directiva Administrativa N°261 constituyen dos de los principales esfuerzos por incluir la interculturalidad en la provisión de servicios de salud. Tomando como base a esta última, entre el año 2022 e inicios del 2023, el MINSA pasó de solo contar con 11 establecimientos que cumplían con los estándares establecidos por dicha directiva a 29 establecimientos acreditados. No obstante, estos se siguen concentrando en su mayoría en los departamentos de Huánuco, Cusco, San Martín, Amazonas y Áncash. A partir de esto, se planteó analizar específicamente la implementación del enfoque intercultural en los establecimientos públicos de salud.

El estudio tenía como hipótesis que los avances en la implementación del enfoque en el ámbito de la salud son, en su mayoría, normativos. Dicho de otra forma, que los progresos principalmente se estarían dando mediante la creación de normas, directivas y/o documentos técnicos. Esto implica que los establecimientos de salud que adoptaron de forma efectiva la interculturalidad en sus servicios, siguiendo con la Directiva Administrativa N°261 y logrando acreditarse, son casos de éxito aislados. A partir de esta hipótesis principal, se desprendieron otras dos hipótesis secundarias. La primera era que la implementación del enfoque intercultural en los centros de salud fue el resultado de las demandas locales por parte de la población autoidentificada como indígena u originaria y de la voluntad de los gestores dentro de los centros médicos para poner en práctica la política.

En segundo lugar, se planteó la hipótesis secundaria de que la implementación de establecimientos de salud con pertinencia cultural mejora la situación del limitado o nulo acceso a la salud por parte de la población indígena, pero también, de la población no indígena. Aquí es importante señalar que dicho acceso no se entiende solo como el aseguramiento en salud o la existencia de centros médicos en las localidades donde habitan, sino como la aceptación y el uso de los servicios médicos ofrecidos por parte de la población indígena u originaria. En ese sentido, la ejecución del enfoque intercultural debería ayudar a mejorar la relación entre el personal de salud y los usuarios a través del diálogo intercultural.

Paralelo a esto, la investigación se centra en los establecimientos del primer nivel de atención debido a que son el contacto inicial de la población con el sistema de salud y es aquí donde se deberían resolver la mayoría de los problemas médicos. De igual manera, es importante mencionar que la investigación se centra en la región Cusco debido a que este es uno de los departamentos con mayor porcentaje de población que se identifica como parte de un pueblo indígena u originario. Esto, de acuerdo, con el último Censo Nacional realizado en el año 2017 por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Por otra parte, es un departamento donde se vienen realizando considerables esfuerzos por reconocer la importancia de los pueblos indígenas. Aquello también incluye aumentar los establecimientos de salud acreditados como culturalmente pertinentes. Hasta el 2022, en este departamento, solo el Centro de Salud Camisea y el Centro de Salud Huancarani tenían la acreditación otorgada por cumplir con más del 80% de los estándares propuestos por la Directiva N°261.

Respecto a la metodología de investigación empleada, se realizó un análisis cualitativo de dos casos entre un centro de salud acreditado como culturalmente pertinente por la directiva antes presentada, que sería considerado como un caso exitoso, y un establecimiento de salud que no tiene la acreditación. Estos son el Centro de Salud Huancarani ubicado en la provincia de Paucartambo y el Centro de Salud Urcos ubicado en la provincia de Quispicanchi. Ambos establecimientos de salud pertenecen al primer nivel de atención y están clasificados con la Categoría I-4. También, es relevante señalar que ambos tienen un entorno social similar ya que se encuentran en provincias altoandinas y la población atendida comparte características lingüísticas y culturales por su origen indígena. Por tanto, esta normativa es aplicable para ambos casos puesto que promueve la inclusión de la interculturalidad en todos los establecimientos de salud que atiendan a población indígena u originaria.

Entonces, esta tesis empieza por documentar el grado de implementación del enfoque intercultural en dichos establecimientos de salud de Cusco. La finalidad es analizar la implementación más allá de saber superficialmente si un centro tiene una certificación o no; sino establecer los criterios bajo los cuales se consiguió esta acreditación. Asimismo, la comparación entre ambos casos permite determinar las diferencias en cuanto a los avances en materia de interculturalidad para entender por qué en Urcos no se optó por la acreditación. En paralelo a esto, el análisis del caso de Huancarani tiene como objetivo principal observar qué tanto el enfoque ha penetrado en las acciones en salud y hasta qué punto se cumplen con los objetivos iniciales de la directiva. Finalmente, el estudio comparado de los dos casos permite la identificación de los factores que pueden favorecer o entorpecer el proceso de implementación en general y la adopción de la interculturalidad.

La inclusión de este enfoque es importante en la provisión de servicios para la población de los pueblos indígenas u originarios ya que asegura el respeto por su cultura. De igual forma, según la literatura revisada, la adopción de la interculturalidad en el proceso de formulación de las políticas públicas favorecería la eficiencia en su proceso de implementación. Esto debido a que implica que se tome en consideración el contexto en que se ejecutarán y aquello, a su vez, incrementa las posibilidades de que sean exitosas reduciendo la denominada brecha de implementación. Aquí, es importante señalar que varios estudios también argumentan que factores como la capacidad estatal son factores centrales para explicar el éxito o fracaso de una política. En un escenario como el peruano, donde el sistema de salud se caracteriza

por la precariedad, su relevancia para la presente investigación es incluso mayor.

A continuación, se presentará de manera general la organización del cuerpo de esta tesis. El primer capítulo se refiere a la revisión de literatura realizada que se concentra en lo referido a la salud de los pueblos indígenas u originarios, en su estado de salud como colectivo y en algunas políticas que se ha elaborado hasta el momento donde es posible observar un intento por incluir el enfoque intercultural. En segundo lugar, se presenta el marco teórico del trabajo de investigación donde se busca establecer lo que determina que el proceso de implementación de políticas interculturales sea efectivo o no. Para esto, por un lado, se presenta una definición sobre cómo entender a la interculturalidad en el ámbito de la salud y, por otro lado, se discuten sobre los factores que influyen durante el proceso de implementación.

En el tercer capítulo, se empieza por explicar las cinco categorías mediante las cuales se evaluará la implementación del enfoque para luego presentar los hallazgos que fueron encontrados en las visitas realizadas a ambos establecimientos de salud. A partir de esta evaluación, en el cuarto capítulo, se desarrolla la parte del análisis central de este estudio donde se realiza la comparación entre los dos casos y se presentan los factores que se encontró como influyentes para el proceso. Estos aspectos, de forma paralela, sirven para explicar el conjunto de diferencias y similitudes que se reconoció durante la investigación entre ambos centros de salud. Para finalizar, se presentan las conclusiones a las que llegó la tesis contrastándolas con el marco teórico revisado y las hipótesis de las que partió, y se expone sobre algunas cuestiones que se encuentran relevantes para el estudio de políticas interculturales en el Perú.

Capítulo 1. La salud de los pueblos indígenas u originarios del Perú

1.1. Los Pueblos Indígenas u Originarios del Perú

El Perú es uno de los países que presentan mayor diversidad cultural en todo el mundo. En los últimos años, esta diversidad ha sido reconocida como parte de la riqueza de la nación; pese a esto, la discriminación de la que históricamente han sido víctimas las poblaciones consideradas como minoritarias no ha cesado. Dicho es el caso de los pueblos indígenas u originarios que habitan en el territorio peruano incluso desde antes de la creación del Estado mismo. Estos son 55 pueblos provenientes tanto de los Andes como de la Amazonía organizados mayormente en comunidades. De acuerdo con el último Censo Nacional realizado en el año 2017, el 25,8% de la población peruana se autoidentifica como parte de uno de estos (INEI, 2018). Por otra parte, se han reconocido un total de 48 lenguas indígenas u originarias hasta la actualidad. Al respecto, el mismo censo indica que el 16,1% de los peruanos tiene una lengua nativa como su lengua materna.

Ahora, durante las primeras décadas del siglo XXI, el país pasó por un período de significativo crecimiento económico que prometía favorecer el desarrollo. Esto se vería reflejado por medio de los indicadores que evalúan la salud, la educación y el acceso a servicios básicos, entre otros (Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social, 2010). Aunque algunos sectores de la población peruana fueron beneficiados por este nuevo contexto próspero, otros como los pueblos indígenas u originarios continuaron teniendo altos niveles en aspectos como la pobreza monetaria. Esto puede ser visto como resultado directo de la desigualdad y exclusión de las que son víctimas (Lip y Rocabado, 2005). Dicho escenario los ubica en una agravada y constante situación de vulnerabilidad como colectivo. Además, en contextos adversos como la reciente pandemia global por COVID-19, las diferencias en cuanto a los indicadores entre la población no indígena y la población autoidentificada como indígena se amplían (INEI, 2021).

Pese a lo mencionado en el párrafo anterior, un punto positivo a resaltar es que los integrantes de los pueblos indígenas u originarios han continuado con su lucha por la defensa y el reconocimiento pleno de sus derechos individuales y colectivos. A través de esto, buscan satisfacer sus necesidades y mejorar su calidad de vida en conjunto. En este punto, es importante señalar que el establecimiento de los derechos de esta población se fundamenta, a nivel mundial, tanto en el Convenio sobre Pueblos

Indígenas y Tribales número 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) como en la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas (CEPAL, 2014).

Al respecto, en 1989, se llevó a cabo la Conferencia Internacional del Trabajo en un contexto global donde los pueblos indígenas no ejercían sus derechos ni de forma remotamente similar a la población no indígena. En esta reunión, se instaura el Convenio sobre Pueblos Indígenas y Tribales número 169 de la OIT que tiene carácter de tratado internacional. Por medio de este, se reconocen legalmente los derechos colectivos de los pueblos indígenas por primera vez. La OIT establece que el objetivo de dicho convenio es “superar las prácticas laborales discriminatorias que afectan a estos pueblos y hacer posible que participen en la adopción de decisiones que afectan a sus vidas” (2013). Hasta el año en que se elabora esta investigación, el convenio fue ratificado por 24 países entre los cuales se encuentra el Perú.

Casi tres décadas más tarde de la adopción del tratado, en el año 2007, se presenta la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas. La aprobación de esta significó el reconocimiento de la importancia de respetar y, aún más relevante, de promover los derechos colectivos de los pueblos indígenas. La ONU resalta este punto porque aquellos son la expresión de sus culturas y tradiciones ancestrales y de las instituciones políticas, económicas y sociales derivadas de estas (2007). Además, esta declaratoria de derechos implica que los pueblos indígenas sean entendidos como igual de importantes que el resto de la población; pero, a su vez, resalta la riqueza de sus diferencias respecto a las personas no pertenecientes a alguna comunidad indígena o nativa.

Tanto el Convenio número 169 de la OIT como la Declaración de las Naciones Unidas se basan en el respeto por las culturas y las formas de vida particulares de los pueblos indígenas contemplando derechos y estableciendo deberes. En primer lugar, acerca de los derechos que les reconocen a los pueblos indígenas u originarios en materia del sector salud, está el derecho a mejorar sus condiciones socioeconómicas, a participar en la elaboración y la determinación de los programas de salud que se implementen a su favor, a acceder sin discriminación a todos los servicios de salud que se brinden y a mantener sus prácticas ancestrales relacionadas a la salud, entre otros (ONU, 2007; OIT, 2013). Este punto es relevante para el tema de investigación que motiva al presente trabajo.

De igual manera, se debe subrayar que dichas normativas enmarcan una serie

de responsabilidades que los Estados suscritos a estas deben asumir. Los gobiernos de los países en cuyo territorio habitan pueblos indígenas deben asegurarse de que estos tengan acceso a servicios de salud adecuados y de que, en su provisión, se practique y fomente el respeto hacia las prácticas tradicionales. Esto porque el espacio de la salud es uno de los aspectos donde más se reproducen las desigualdades hacia dicha población. Continuando en la misma línea, también se pueden encontrar un conjunto de circunstancias o factores ajenos por sí mismos al ámbito de la salud que, sin embargo, tienen considerables repercusiones sobre esta. En el siguiente apartado, se analizará el estado actual de la salud de los pueblos indígenas u originarios y, para esto, se resalta también la importancia de los componentes antes mencionados para responder a los retos que enfrenta el área de la sanidad.

1.2. La deteriorada salud de los pueblos indígenas

La presente investigación resalta la premisa de que, según diversos estudios, la salud de los pueblos indígenas u originarios del Perú se encuentra en una situación deteriorada. Esto porque, como se expuso en las líneas anteriores, el espacio de la salud es uno de los ámbitos donde más se reproducen las desigualdades de las cuales son víctimas. Referente a la situación de su salud, el CENSI menciona que la población de los pueblos indígenas u originarios “padece de carencias crónicas que se reflejan en las elevadas tasas de mortalidad materna e infantil, malnutrición y enfermedades infecciosas” (2019, p. 23). Por otra parte, la respuesta del Estado peruano para mejorar las condiciones de salud debería considerar otras circunstancias y factores estructurales que afectan en conjunto a los pueblos indígenas u originarios.

Acerca de esto, la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS publicó en el 2008 su informe “Subsanar las desigualdades en una generación” donde se refiere a los factores que pueden provocar desigualdad dentro de un mismo territorio y resultar en un contexto de inequidad sanitaria. Aquellos factores suelen ser denominados por la literatura especializada como los determinantes sociales de la salud. Al respecto, el CENSI los define como “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud” (2019, p. 52). En dicho punto, radica la trascendencia de estas variables en favorecer u obstaculizar el desarrollo efectivo de equidad sanitaria entre la población de un país culturalmente diverso como el Perú.

Precisamente, según el informe de la OMS, estas condiciones de vida y/o componentes estructurales suelen ser causantes de desigualdad en varios ámbitos (2008). También, suelen desencadenar en la discriminación de las cuales son víctimas las poblaciones consideradas como vulnerables o minoritarias, entre las cuales se puede destacar a los pueblos indígenas u originarios del Perú. Algunos ejemplos de los determinantes sociales del sector salud son la clase social, el género y la etnia, entre otros. Adicional a esto, de acuerdo con el CENSI (2019), estas diversas desigualdades que se presentan entre la población de una misma sociedad, incluidas las que se refieren al ámbito sanitario, se podrían evitar mediante la elaboración de políticas públicas o leyes acertadas.

En este punto, también conviene subrayar que uno de los componentes más influyentes sobre las inequidades sanitarias es el socioeconómico; en específico, la distribución desigual de los ingresos, del poder y de los recursos. En relación a esto, Lip y Rocabado (2005) resaltan el hecho de que la población con mayores ingresos económicos suele tener una esperanza de vida mayor como resultado de un mejor estado de salud y calidad de vida en general. En el caso del Perú, esto significaría un panorama preocupante debido a que la Política Sectorial de Salud Intercultural explica que “la incidencia de la pobreza es desproporcionadamente mayor entre los grupos indígenas en comparación con los grupos no indígenas, y va acompañada del analfabetismo y la falta de acceso a los servicios sociales” (2019, p. 37).

Por otro lado, la OMS menciona que la inequidad sanitaria y la desigualdad de las condiciones de vida dentro de una misma sociedad son “el resultado de una combinación entre políticas y programas sociales insuficientes, acuerdos económicos injustos y una mala gestión política” (2008, p. 1). La marginación de las personas por aspectos como el social, el económico y el cultural los pone en una situación de mayor desventaja para ejercer su derecho a la salud en comparación con sus pares mejor ubicados. Por eso, la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 denominada “Perú, País Saludable” señala que es responsabilidad del Estado peruano regular, vigilar y promover la salud en su conjunto para todos los ciudadanos del territorio por igual (MINSa, 2020).

Como se refirió anteriormente, uno de los grupos donde se pueden observar los efectos de los determinantes sociales en la salud colectivamente son, justamente, los pueblos indígenas u originarios. La discriminación que es constantemente ejercida contra esta población, además de la expropiación de sus territorios y las barreras que

se ponen para su participación en la política tienen un impacto negativo sobre su estado de salud (OIT, 2013). La CEPAL en su informe “Los pueblos indígenas en América Latina: Avances en el último decenio y retos pendientes para la garantía de sus derechos” presenta esta situación de vulnerabilidad de la siguiente forma:

Si bien existe una diversidad de situaciones según los contextos socioterritoriales de cada pueblo nativo, la sobremortalidad por suicidio más alta en las personas indígenas respecto de las no indígenas sugiere que las primeras comparten una serie de determinantes sociales, como la etnia, la pobreza y la discriminación, que favorecen el aumento de los factores estresantes en las comunidades (2014, p. 82).

Así, refiriéndonos al caso de los pueblos indígenas u originarios del Perú, es posible considerar que se encuentran en una situación de vulnerabilidad desde diferentes ámbitos que terminan afectando su salud. De acuerdo con el último Censo Nacional, el analfabetismo incide en mayor medida sobre la población que tiene como lengua materna una lengua nativa o autóctona (INEI, 2018). Por otra parte, la población peruana que se percibe como parte de un pueblo indígena u originario tiene niveles más altos de pobreza monetaria en comparación con la población no indígena. Sobre esto, un informe técnico del INEI (2021) expresa que, en el año 2020, el 26,8% de la población indígena estaba en una situación de pobreza; mientras que, para el caso de la población no indígena, el porcentaje era menor siendo aproximadamente el 16%.

Como se dijo al inicio de este apartado, el trabajo de investigación parte de la premisa de que la salud de los pueblos indígenas u originarios se encuentra en una condición muy deteriorada. Una de las muestras de esto es que, al año 2017, el 24,6% de la población que hablaba una lengua autóctona o nativa no contaba con ningún tipo de seguro de salud (Ministerio de Cultura [MINCUL], 2019). Esta situación representa una vulneración tanto para sus derechos individuales como para sus derechos colectivos puesto que atenta contra sus libertades culturales. De igual forma, el hecho de que la población autoidentificada como indígena tenga altas tasas de malnutrición generalizada y mortalidad en el ámbito materno-infantil es muestra de la gravedad de sus carencias en cuanto a su estado de salud (CENSI, 2019).

Finalmente, el estudio entiende al limitado acceso a servicios médicos que adopten una mirada intercultural por parte de la población indígena peruana como un problema de carácter público. Por esto, se resalta la necesidad de la creación de un

sistema de salud con pertinencia cultural que considere las características particulares de la población a la que se atiende y que responda a sus necesidades específicas desde el respeto. Además, se argumenta que la inclusión del enfoque intercultural es necesario para romper las brechas entre la población de los pueblos indígenas y el resto de la población peruana, así como para mejorar el estado de su salud en general.

1.3. El enfoque intercultural en las políticas de salud

La CEPAL menciona que un desafío que enfrentan los pueblos indígenas u originarios, en su lucha por conseguir que se los trate con igualdad, guarda relación con la inclusión de sus derechos entre las prioridades políticas de los gobiernos en los países que históricamente han habitado y por los que suelen ser olvidados. En el 2014, la misma organización publicó un informe en el que plantea que “es necesario incorporar en las políticas públicas y las estadísticas estatales los temas que influyen y definen el bienestar de los pueblos indígenas” (CEPAL, p. 37). Adicional a esto, es relevante mencionar que la formulación de políticas de salud pública requiere de diagnósticos acertados para la elaboración de sus intervenciones y su posterior ejecución.

No obstante, y de acuerdo con el CENSI, la situación en el Perú es complicada ya que la población autoidentificada como indígena y la población no indígena “no se encuentran diferenciados aún en los registros de salud pese a que se ha incorporado la variable étnica desde el año 2010” (2019, p. 29). A pesar de esto, un aspecto positivo es que actualmente se puedan encontrar diversos intentos de incluir el enfoque intercultural en algunas políticas de salud. Esto constituye un esfuerzo por parte del estado peruano para responder de manera efectiva a las necesidades sanitarias de la población de los 55 pueblos indígenas u originarios que habitan en el país. A continuación, se presentarán algunos de los casos encontrados sobre la inclusión del enfoque intercultural en políticas referidas a la salud en el Perú.

En primer lugar, durante la década del año 2010, se presentó un alarmante incremento del número de contagios por VIH-Sida entre la población indígena proveniente de la Amazonía. Dicha problemática se presentó como una ventana de oportunidad para la elaboración de una política de salud que tenga en consideración la pertinencia cultural. Isaías Pintado (2016) analiza la adopción del enfoque intercultural en la etapa de implementación de dicha política pública y determina que, a pesar de las características étnicas particulares de la población a la que iba dirigida,

no se adecuó culturalmente los servicios de la atención médica.

De acuerdo con el autor, el fracaso en la inclusión de la variable cultural se debió principalmente a la inexistente comunicación entre el personal de salud y los usuarios desde un enfoque de interculturalidad. Por otro lado, también determinó que predominó un contexto donde los recursos médicos disponibles en la zona eran limitados. Al mismo tiempo, el hecho de que la política en sí misma no contemplaba la adecuación cultural desde su formulación incrementó las dificultades para aplicarla a la realidad. Finalmente, este caso tuvo como desenlace la débil transversalización del enfoque intercultural que terminó por derivar en la vulneración de los derechos y las libertades culturales de la población perteneciente a estos pueblos indígenas amazónicos.

Por su parte, Scarlett Cabrera investiga la incorporación del enfoque intercultural en el servicio de atención de partos en el Hospital de Santa María de Nieva ubicado en el departamento de Amazonas. Esto, tomando como base la Norma Técnica para la atención del Parto vertical con Adecuación Intercultural publicada en el 2005. La autora llega a la conclusión de que no se produce un verdadero cambio en la atención médica ofrecida ni en la interacción entre el personal médico y las usuarias por lo que no hay mejoras significativas en la cobertura del establecimiento médico ni en la calidad de atención (2020). De manera específica, una razón importante sería la existencia de una relación jerárquica entre quienes proveían el servicio y quienes lo recibían. Asimismo, la evaluación del proceso de implementación de la política se ve afectada por la falta de datos precisos para analizar la mejora en indicadores de mortalidad materna y neonatal con la estrategia en sí.

En tercer lugar, Brayan Aguilar (2021) estudia la implementación de políticas de salud enfocadas en la lucha contra la anemia infantil. El autor plantea que la ausencia del enfoque intercultural es uno de los factores que explican los resultados desfavorables en la implementación hasta ese momento. Esto porque las estrategias no se adaptan al contexto en que serán desarrolladas y a las características de la población que posiblemente sería beneficiada. Al igual que Pintado (2016), este autor argumenta que la comunicación intercultural entre servidores y usuarios es de vital importancia en el ámbito de la salud donde se tiene un trato tan directo. Si bien en el caso de la política para enfrentar la problemática de la anemia se puede resaltar el uso de folletos informativos en los idiomas locales de la población, la relación continúa caracterizándose por la desconfianza de las personas hacia el personal de salud.

Como se puede observar, en el caso peruano, un tipo de políticas de salud donde se da mayor relevancia a la inclusión del enfoque intercultural es el referido a los servicios públicos. Esto porque, de acuerdo con el MINSA (2019), la prestación de servicios es un mecanismo por el cual el Estado promueve y protege los derechos de su población. Paralelamente, es necesario mencionar que los servicios donde se implementa la interculturalidad en cada una de sus acciones son denominados como servicios públicos con pertinencia cultural y deben contar con tres características importantes. Estos deben estar libres de discriminación, ser bilingües y, además, incorporar la cultura de la población que atienden (MINCUL, 2015). Por tanto, el respeto de la diversidad cultural, mediante la adopción del enfoque estudiado, es una medida relevante en contra de la exclusión.

Sin embargo, es posible decir que los avances en la elaboración de políticas de salud que implementen el enfoque intercultural en el Perú aún son de alcance limitado. Respecto a esto, en la Política Sectorial de Salud Intercultural, se expresa que las mejoras no parecen ser sostenibles a lo largo del tiempo puesto que se constituyen como resultados exitosos aislados. Es, también, por esto que el desarrollo de un sistema de salud con pertinencia cultural está aún lejos de lograrse (CENSI, p. 43). La importancia de las políticas interculturales no radica solamente en un tema de respeto por los derechos colectivos y de justicia social, sino que también se trata de eficiencia. Poniendo en práctica el enfoque intercultural, el Estado peruano podría ser más eficiente al momento de responder a las necesidades de uno de los grupos poblacionales más vulnerables.

Aquí radica la importancia de estudios como este donde se puede observar cuáles son los objetivos que se plantea en una política intercultural, los avances conseguidos y la discrepancia o similitud entre ambos. En este punto, es relevante señalar que uno de los ejemplos más interesantes relacionados con la adopción del enfoque intercultural en la provisión de servicios públicos de salud es la implementación de 29 establecimientos del primer nivel de atención con pertinencia cultural en zonas donde habitan los pueblos indígenas u originarios. Estas intervenciones se basaron en la Directiva Administrativa N°261 que también sirvió como base para el presente trabajo y sobre la cual se especificará más adelante.

Capítulo 2. Qué determina la implementación de políticas interculturales de salud

En las últimas décadas, es cada vez más notoria la demanda por parte de grupos sociales como los pueblos indígenas u originarios para lograr que los Estados aseguren condiciones que les permitan ejercer plenamente sus derechos individuales y colectivos. Asimismo, estas demandas incluyen pedidos para que las intervenciones de los aparatos gubernamentales tengan en consideración el contexto y la diversidad cultural de las poblaciones sobre quienes impactarán. Es en este escenario donde se ubica el presente estudio que tiene como tema de investigación la implementación del enfoque intercultural como política de salud. Esto como un intento por mejorar la problemática del limitado o nulo acceso a servicios de salud que adecúen dicho enfoque por parte de la población autoidentificada como indígena.

Siguiendo en la misma línea, el presente capítulo expondrá el marco teórico en que se desarrolla la investigación. En primer lugar, se busca establecer un contexto claro sobre lo que implica la implementación del enfoque intercultural en la salud. Para esto, por un lado, se discute sobre el concepto del término diversidad cultural y, sobre la base de esto, se analizan los tres principales modelos que hacen referencia al término poniendo especial énfasis en el de interculturalidad. Después, se ofrece una definición sobre cómo entender el enfoque intercultural en el ámbito de la salud. Esto es importante porque servirá para determinar cómo evaluar la implementación del enfoque en los establecimientos de salud de la región Cusco y determinar si la adopción de la interculturalidad en los servicios hace una diferencia sustantiva en la atención médica. Por último, se presenta la normativa vigente más relevante para la adecuación de los servicios de salud.

En la segunda parte de esta sección, se analizará la literatura comparada que hay disponible sobre la elaboración de políticas públicas y, específicamente, sobre el proceso de la implementación. Esto porque, como se mencionó antes, es en esta fase del ciclo de políticas en donde se centra el estudio. Particularmente, la investigación está motivada por la existencia de casos donde la política implementada no tuvo los resultados contemplados desde su diseño. Esta diferencia entre el objetivo establecido en un inicio y la realidad puede ser denominada como brecha de implementación. Uno de los objetivos que se planteó el trabajo es determinar los factores que favorecen o limitan la implementación de políticas públicas como la provisión de servicios sociales y de salud desde el enfoque intercultural.

2.1. Definiendo la interculturalidad en salud

2.1.1. La diversidad cultural y la interculturalidad

El estudio de la adecuación de servicios de salud con pertinencia cultural en los establecimientos médicos públicos implica el análisis de lo que se considera como el enfoque intercultural. El concepto del término interculturalidad produce un debate que parece no estar cerca de llegar a un consenso, ya sea dentro del campo de las ciencias sociales o fuera de este. Para favorecer su comprensión, es importante que se consideren tanto la noción de cultura como la de diversidad. No obstante, la dificultad del ejercicio radica en el hecho de que ambos conceptos, sobre todo el de cultura, son casi tan discutidos como el de interculturalidad mismo. Pese a esto, la presente investigación hace un esfuerzo por presentar una definición ya que será de utilidad para el estudio posterior de la política en cuestión.

De acuerdo con el MINCUL, el concepto de cultura puede ser entendido como “aquello que nos constituye como sujetos sociales, dotados de individualidad y, al mismo tiempo, pertenecientes a un grupo social que se reconoce como tal” (2013, p. 9). Así, la definición incluye tanto el ámbito individual de las personas como el colectivo. En un informe posterior, la misma entidad considera que el término cultura es definido como “el conjunto aprendido de formas de pensar, sentir y hacer basado en valores, conocimientos, tradiciones, costumbres y otros que comparte un grupo social.” (MINCUL, 2014; 2017). Tomando en consideración las citas anteriores, este trabajo plantea que no existe una sola cultura en el país y que todas las culturas presentes en el territorio peruano han cambiado a lo largo de la historia por la relación de sus integrantes con el resto de la sociedad y, particularmente, con personas de diferentes culturas.

Por otro lado, como se mencionó en los apartados anteriores, se suele afirmar que la riqueza del Perú radica en su diversidad. Esto suele hacer referencia tanto al ámbito geográfico como al cultural y al étnico. Los dos últimos son de especial utilidad para definir la interculturalidad. El MINCUL plantea que la diversidad cultural estuvo originada por la diversidad étnica a la que estuvo expuesto el país. Esta institución menciona: “a la diversidad étnica de las poblaciones originarias se sumaron las diferentes culturas que llegaron en a) las migraciones de población africana en situación de esclavitud, b) la migración de población asiática como trabajadores agrícolas, y c) la llegada de inmigrantes europeos” (2014, p. 13). A partir de esto, el

presente estudio interpreta al término de la diversidad cultural como la convivencia de varias culturas, etnias y grupos culturales en un mismo espacio territorial (MINCUL, 2017).

Ahora, los principales modelos que se refieren a la diversidad cultural son el de multiculturalidad, pluralidad y el de interculturalidad. Los tres fomentan la convivencia respetuosa entre culturas diferentes, pero se diferencian en la forma en que conciben esta relación. En primer lugar, el término multiculturalidad se refiere a la coexistencia de varias culturas sin que haya necesariamente un intercambio de ningún tipo pues enfatiza las diferencias entre estas. En segundo lugar, el término de pluralidad sí promueve el intercambio y el enriquecimiento mutuo entre diferentes culturas, aunque no siempre desde una mirada equitativa. Por último, desde la interculturalidad o el enfoque intercultural se fomenta un intercambio y diálogo que además tiene por objetivo lograr la equidad entre los grupos étnico culturales que cohabitan en un mismo territorio (MINCUL, 2013; 2014; 2017).

En la misma línea, según el CENSI, la interculturalidad está “basada en la comprensión y el respeto de los conocimientos, las creencias y las prácticas del “otro”, lo cual contribuye a una mejor interacción entre los diversos grupos culturales y a una mejor convivencia social que deriva en un beneficio común” (2019, p. 50). Debido a la importancia de este enfoque para el respeto de, por ejemplo, los derechos de los pueblos indígenas u originarios, es de vital importancia incluirlo en el proceso de elaboración de las políticas que tienen incidencia sobre dicha población. Respecto a esto, Norma Correa menciona que “el enfoque intercultural contribuye a facilitar que las estrategias de intervención de las políticas sean acordes con la diversidad cultural y estén mejor adaptadas a las necesidades de la población” (2011, p. 19).

Para finalizar este apartado, sería posible argumentar que la incorporación del enfoque intercultural en el ciclo de políticas públicas facilitaría que estas se centren en las necesidades concretas de las poblaciones vulnerables desde su formulación. Por tanto, también, incrementaría la eficiencia del Estado peruano para satisfacer las necesidades de la población al fomentar la provisión de servicios públicos de mejor calidad y con pertinencia cultural. Sin embargo, es necesario mencionar que la adopción de dicho enfoque también puede complejizar el proceso de implementación al aumentar los criterios con los que se deben cumplir y los actores a los que se debe incluir.

2.1.2. El enfoque intercultural en el ámbito de la salud

Como se mencionó anteriormente, la interculturalidad supone la convivencia pacífica de diferentes culturas en un mismo espacio territorial. De igual manera, se fomenta la interacción entre estas basándose en la igualdad de condiciones y la no discriminación además de apostar por el diálogo abierto y articulado. Ahora, la interculturalidad en salud, de acuerdo con la Dirección de Pueblos Indígenas u Originarios del MINSA, se refiere a “la relación de respeto que se establece entre personas de diversos contextos culturales y étnicos, respecto a la manera que cada uno tiene para entender el proceso de salud - enfermedad considerando sus conocimientos, creencias, interpretaciones y prácticas, así como sus formas de fundamentarlas” (2018, p. 15).

Así, se puede decir que la interculturalidad en salud implica la articulación del sistema de salud tradicional o ancestral y el sistema occidental de la salud. El primero incluye los saberes, prácticas, costumbres y percepciones de la población originaria respecto a su salud. Esta se suele basar en la utilización de los recursos naturales disponibles en el territorio donde viven. Algunos ejemplos son el uso de plantas medicinales como tratamiento, la existencia de enfermedades o síndromes culturales propios de cada zona, la práctica del parto vertical, entre otros. Por su parte, el sistema de salud convencional, que es enseñado al personal médico en las diversas universidades e institutos técnicos, se basa en el sustento científico. La medicina occidental enfrenta las enfermedades, las condiciones médicas y los síntomas resultantes de ellas mediante el empleo de medicamentos o de procedimientos que conllevan el uso de equipamiento especializado.

El Sistema de salud en el Perú, como en la mayoría de países de la región, se centra en la medicina occidental. No obstante, la implementación del enfoque intercultural implica que se tome en consideración las características de la población usuaria en función de su contexto sociocultural y la aceptación de sus prácticas ancestrales durante todas las acciones dentro de los establecimientos médicos, así como fuera de ellos. Esto permite que se desarrolle una relación horizontal entre el personal de salud que labora en estos y la población usuaria. A su vez, mejora la percepción de los pueblos indígenas sobre los servicios ofrecidos e incrementa su frecuencia de uso contrarrestando las brechas de acceso a la salud que caracterizan a las poblaciones vulnerables.

También es importante mencionar que la investigación se concentra en los

establecimientos del primer nivel de atención debido a que estos son el contacto inicial que tiene la población con el sistema de salud y sus servicios se orientan a la prevención y el tratamiento oportuno de las enfermedades. Estos son los 8279 centros y postas de salud que se ubican en todo el país y que constituyen el 98% de los establecimientos médicos disponibles en el sector público. Idealmente, la mayoría de los problemas médicos deberían resolverse en dicho nivel de atención. Por eso, es importante que los servicios brindados sean libres de discriminación, se caractericen por el buen trato hacia los usuarios y respeten la cultura de la localidad donde se encuentran. Con ese fin, se han desarrollado normativas en los últimos años que orientan las acciones a seguir para adecuar culturalmente los servicios de salud.

2.1.3. Normativa para la adecuación de los servicios de salud

En el año 2016, se aprobó la Política Sectorial de Salud Intercultural que representa uno de los avances más importantes por parte del Estado peruano en la adopción de la interculturalidad. Esta política tiene como objetivo principal regular las acciones de salud intercultural. De manera paralela, surge como un intento por mejorar la respuesta del MINSA y los Gobiernos regionales a la problemática del limitado acceso a la salud de los pueblos indígenas u originarios. Por otro lado, al ser aplicable en todo el Sistema de salud y sus distintos niveles de atención, fomenta la implementación del enfoque estudiado en todas las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud con énfasis en las que atienden a la población originaria.

La política tiene cuatro objetivos específicos siendo el primero de ellos lograr el aseguramiento universal en salud y, así, garantizar el acceso a servicios de salud con pertinencia cultural que brinden una atención de calidad a los pueblos indígenas u originarios. Después, los centros ubicados en territorios donde hay población indígena deben reconocer la importancia de la medicina tradicional integrándola a la medicina occidental y difundiéndola. En tercer lugar, la política tiene como meta que los profesionales de la salud cuenten con capacidades interculturales para la atención. Por último, se contempla el fomento de la participación ciudadana de los pueblos indígenas en cada proceso de la provisión de servicios. Con esto, se resalta la importancia del diálogo intercultural constante entre personal y usuarios (MINSA, 2019).

En el manual de la Política Sectorial de Salud Intercultural, se enfatiza que también es relevante para la adopción del enfoque intercultural la ejecución de

intervenciones con pertinencia cultural. A partir de esto, el MINSA aprobó en el año 2019 la Directiva Administrativa N°261 para la Adecuación de los servicios de salud con pertinencia cultural en el primer nivel de atención. Esta tiene por objetivo determinar las acciones que los establecimientos de salud de este nivel deben realizar para adecuar la pertinencia cultural en sus servicios y, a su vez, fijar los estándares por los cuales serán evaluados posteriormente por las autoridades regionales competentes (Dirección de Pueblos Indígenas u Originarios, 2018).

Los estándares mencionados están vinculados con los cuatro ejes de la Política Sectorial de Salud Intercultural antes explicados. Esta normativa mide la pertinencia cultural en los servicios de salud a través de 21 estándares que incluyen 26 criterios. Así mismo, dichos criterios buscan que el enfoque intercultural se incorpore en todos y cada uno de los procesos del servicio de salud. Específicamente, la directiva establece que la administración del centro debe garantizar una atención de salud de calidad y fomentar el uso de la medicina tradicional tanto dentro como fuera del mismo. Por otro lado, el personal debe estar provisto de las competencias necesarias para promover una comunicación intercultural. Y, por último, se resalta la importancia de la participación ciudadana tanto en la planificación como en el monitoreo del centro.

La acreditación es otorgada por la Dirección o Gerencia Regional de Salud que realiza visitas programadas a los centros de su jurisdicción. Igualmente, estos pueden solicitar su evaluación coordinando con la Red de salud correspondiente. Este proceso se da en coordinación con las comunidades indígenas ya que tienen participación en el equipo evaluador a través de un representante. Respecto a aquel comité evaluador, se compone por un representante de la Micro red de salud que es quien lo preside, un representante del Gobierno local, un responsable del establecimiento de salud, un representante de cualquier instancia de participación presente en la localidad y el máximo representante de una de las comunidades que habitan en la zona.

Serán acreditados como establecimientos de salud con pertinencia cultural aquellos que cumplan con más del 80% de los estándares o con 21 de los criterios. Esta clasificación tiene validez por un periodo de 2 años después de los cuales debe ser renovada. Adicionalmente, la directiva contempla la elaboración de un Plan de sostenibilidad y la realización de evaluaciones periódicas para monitorear que el establecimiento siga cumpliendo con los requisitos. La primera se da un año después de la acreditación. En el caso de los establecimientos que no obtengan la certificación, se hace un Plan de intervención que se pone en práctica bajo la dirección de la jefatura

del centro hasta la siguiente evaluación dentro del periodo de seis meses.

Como se mencionó en la introducción de este trabajo, entre el año 2022 e inicios del año 2023, el MINSA pasó de contar solo con 11 establecimientos que cumplieran con los estándares establecidos por la Directiva Administrativa N°261 a tener 29 establecimientos, entre centros y postas de salud, acreditados. No obstante, estos casos siguen estando concentrados en los departamentos de Huánuco, Cusco, San Martín, Amazonas y Áncash en su mayoría.

2.2. Las políticas públicas y su implementación

En las últimas décadas, es cada vez más notoria la demanda por parte de grupos sociales como los pueblos indígenas u originarios para lograr que los Estados aseguren condiciones que les permitan ejercer plenamente sus derechos individuales y colectivos. Asimismo, estas demandas incluyen pedidos para que las intervenciones de los aparatos estatales tengan en cuenta el contexto y la diversidad cultural de las poblaciones sobre quienes impactarán. En estas circunstancias, la respuesta de los gobiernos se materializa a través de políticas públicas, que pueden ser entendidas en un sentido más amplio como el conjunto de acciones que los tomadores de decisiones adoptan para hacer frente a un problema de carácter público desde el Estado. Esta investigación tiene como eje central de su análisis a la implementación del enfoque intercultural como política de salud pública.

Debido a esto, el presente apartado tiene como finalidad discutir sobre el ciclo de elaboración de políticas públicas para luego recopilar la literatura comparada sobre el proceso de implementación que se constituye como el principal tema de estudio. En este punto, lo más relevante es explorar las teorías existentes que se refieren a cuál sería el mejor procedimiento para ejecutar normativas como la Política Sectorial de Salud Intercultural y la Directiva Administrativa N°261 en el caso del sistema de salud peruano. Igualmente, este ejercicio está motivado por la necesidad de identificar los factores que pueden llegar a influir sobre la etapa de implementación. Aquello puede ser favoreciendo o dificultando que se consigan los objetivos planteados por las políticas. Esto es importante para realizar, posteriormente, el análisis de comparación entre los niveles de implementación de la interculturalidad en los dos establecimientos de salud que son evaluados.

En primer lugar, podemos empezar por sostener que la literatura disponible coincide en afirmar que, para la elaboración de políticas públicas, se llevan a cabo una

serie de procesos. Estas fases son la definición de un problema público, la inclusión de dicha problemática en la agenda política del gobierno de turno, la formulación o también llamado diseño de la política, el proceso de implementación y la evaluación posterior de los alcances conseguidos. Philippe Zittoun menciona que este conjunto de procesos supone “un escenario particular donde representantes políticos de múltiples niveles de gobierno, expertos en el tema de agenda, grupos de interés e, incluso la sociedad civil organizada, se relacionan entre sí” (2014, p. 188).

Pedro Sánchez y Diego Higuera argumentan que la elaboración de políticas públicas debería darse desde un enfoque basado en los derechos humanos (2018). Considerando su perspectiva, los Estados tienen la obligación de proteger y promover el ejercicio pleno de los derechos de su población. Para esto, por ejemplo, se suelen utilizar las políticas públicas que pueden ser concebidas como las decisiones que adoptan los gobiernos para hacer frente a un conflicto o problema de carácter público. A su vez, estas se pueden materializar a través de programas, planes, proyectos o normativas. Además, los autores consideran que, durante todo el ciclo de elaboración de las políticas, se debería incluir la participación de los grupos en condición de vulnerabilidad para asegurarse de que no se esté violando el principio de igualdad ni el de no discriminación.

Por ejemplo, para el caso de la implementación del enfoque intercultural en el ámbito de la salud, es importante que se adopte esta mirada en todos los procesos desde la formulación de políticas y directivas. Esto porque sería indispensable que el diseño de estas contemple las causas subyacentes del deteriorado estado de salud de los pueblos indígenas u originarios como colectivo. Como se detalló, el ámbito de la salud es influenciado por factores como la pobreza monetaria, el acceso a servicios básicos, el analfabetismo y la etnia, entre otros. Así, la respuesta del aparato estatal debe tener una mirada multisectorial que aborde los diversos problemas estructurales que inciden sobre su salud. También, la inclusión de este enfoque permitirá que se consideren las características particulares de la población que será atendida en los establecimientos médicos del primer nivel de atención.

Como se mencionó desde la introducción, es en la fase de implementación de políticas en donde se centra este estudio. La literatura comparada respecto a los factores que inciden sobre el proceso, y cuál es la mejor forma de abordarlo para asegurar su éxito, se puede dividir en dos enfoques o generación de estudios. En primer lugar, nos referiremos al enfoque Top-Down, que también puede ser llamado

como prospectivo. Dicho modelo se caracteriza por enfatizar la planificación previa y centrarse en las medidas de acción que se pueden incluir durante el proceso de formulación para favorecer la posterior adopción de la política y conseguir los objetivos establecidos (Hasenfeld y Brock, 1991). Además de esto, concibe al Estado como un aparato jerárquico donde el proceso de toma de decisiones se concentra en los niveles más altos de poder.

Por su parte, y continuando con la misma teoría, Jeffrey Pressman y Aaron Wildavsky se refieren a la complejidad para conseguir que la acción conjunta de los actores que participan del proceso de elaboración pueda responder a los objetivos concretos (1973). Para estos autores, mientras más participantes estén involucrados en cada etapa de dicho ciclo, mayor será la complejidad de la política. Debido a esto, consideran que la mejor alternativa para aumentar las posibilidades de éxito de la implementación es disminuir el número de actores que influyen en el proceso directamente. No obstante, como se explicará en el siguiente capítulo, la inclusión de la participación de la población de origen indígena u originario en las acciones en salud es de vital relevancia para lograr las metas establecidas en los escenarios donde se implementa el enfoque intercultural como política.

En segundo lugar, podemos encontrar los trabajos que se clasifican dentro del modelo teórico Bottom-Up o retrospectivo. Dicho enfoque surge como una crítica al modelo anterior y estudia al proceso de implementación desde el papel de las organizaciones y los actores responsables de llevar la política a la práctica (Hasenfeld y Brock, 1991). Así, Richard Elmore plantea que el enfoque Top-Down se centra en ejecutar las decisiones que se tomaron en los niveles más altos de poder y, por esto, reduce la discrecionalidad de los actores en los niveles inferiores para adaptar las acciones al contexto específico en que se desarrollan (1980). Este punto es relevante puesto que, en la implementación de políticas interculturales de salud, es necesario que los servidores cuenten con la posibilidad de decidir cómo adaptar ciertas acciones. Aquello tomando en consideración las características de la población que será atendida.

Paralelamente, Michael Lipsky defiende al enfoque Bottom-Up argumentando que es mejor centrarse en el proceso de implementación desde los niveles más bajos de poder. Según el autor, y como se mencionó anteriormente, al ser el ámbito local en donde se operativiza la política, es de suma importancia estudiar las decisiones de los actores locales (Lipsky, 1980). Estos funcionarios que tienen contacto directo con la

población son denominados por la literatura como burócratas de la calle. Weatherly y Lipsky consideran que las decisiones y el comportamiento de dichos actores pueden distorsionar los objetivos establecidos (1977). Debido a esto, algunos autores consideran que el enfoque retrospectivo tiene limitaciones para evaluar precisamente el proceso de implementación ya que se alteran las metas iniciales.

Partiendo de la discusión sobre estos enfoques, algunos autores señalan que, dependiendo de cuál se considere durante el proceso de elaboración de políticas, se obtendrá un mayor o menor nivel de implementación de estas. Por la complejidad del proceso, es posible afirmar que ninguno de los dos enfoques es aplicable en todos los casos y que tampoco son capaces de asegurar completamente el éxito de la etapa de implementación. En el caso de la Directiva Administrativa N°261 para la adecuación del enfoque intercultural en los establecimientos de salud del primer nivel de atención, como se podrá observar más adelante, parece responder a un diseño de tipo Bottom-up. Por esto, brinda una notoria relevancia a los gestores locales que pondrán en práctica la política. Estos actores vendrían a ser tanto el personal médico como administrativo de los centros evaluados.

Uno de los aspectos que esta investigación encuentra como interesante es la existencia de escenarios donde la política implementada no tuvo los resultados contemplados desde su formulación o diseño. Aquello porque la normativa del MINSA antes mencionada es aplicable tanto para el Centro de salud Huancarani como para el Centro de salud Urcos. Sin embargo, se encuentra que solo el primero cumplió con los estándares propuestos por esta y consiguió, de esta manera, que se le otorgue la acreditación. De acuerdo con Grindle (2009), la diferencia entre el objetivo establecido por las políticas y la realidad es denominada por la literatura comparada como brecha de implementación. El resto de este apartado estará dedicado a revisar los estudios que identifican los factores que pueden influir sobre el proceso de implementación.

Paul Sabatier y Daniel Mazmanian desarrollan un modelo conceptual donde presentan los factores que consideran como relevantes para este proceso y los clasifican en tres grupos (1993). La primera categoría se refiere a que la tratabilidad de los problemas públicos es variable entre casos. Esto quiere decir que trabajar en ciertas problemáticas puede ser más sencillo en comparación con otras. En segundo lugar, los autores argumentan que el proceso de implementación está determinado por el de formulación. Por esto, la política debe establecer de manera coherente desde un inicio la forma en que se pondrán en práctica sus acciones. Por último, se refieren

a factores externos que inciden sobre la implementación que pueden ser condiciones socioeconómicas, culturales y/o técnicas.

Por su parte, Ernesto Stein, Mariano Tommasi et al mencionan que “el proceso por el cual se aprueba y ejecutan las medidas de política tiene un fuerte impacto en la calidad de las políticas públicas; en particular, en la capacidad de los países para adaptarlas, ejecutarlas y hacerlas cumplir con eficacia” (2006, p. 19). Por un lado, uno de los puntos más resaltantes de dicha afirmación se relaciona con la importancia de ajustar las políticas públicas al entorno específico donde vayan a ser ejecutadas. Esto sería especialmente relevante en casos donde se trabajará con poblaciones en situación de vulnerabilidad, pero también, cuando las políticas tienen lugar en países social, cultural y territorialmente diversos como el Perú.

En la misma línea, para Falletti y Lynch (2009), es necesario que se tome en consideración el contexto social de los usuarios durante la fase de implementación de las políticas públicas. A su vez, argumentan que es relevante que se contemple el entorno donde será adoptada una normativa desde su diseño con el objetivo de asegurar la eficacia de sus acciones. Elmore (1978) coincide respecto a esto ya que menciona que se debe adoptar modelos de implementación específicos direccionados al contexto particular de la problemática a tratar y, también, a las características de la población afectada. Asimismo, el presente estudio argumenta que la identificación concreta del problema público a través de sus causas directas durante el diseño de la política es de suma importancia para definir las líneas de acción y que la ejecución de estas se dé en forma ordenada.

De lo antes expuesto por los autores, se desprende la premisa sobre que el contexto social se constituye como un factor que puede tanto favorecer como entorpecer la adopción de determinadas acciones. Continuando con aquello, por ejemplo, un entorno donde sean comunes las demandas por parte de la sociedad civil para conseguir cambios en favor de sus derechos y necesidades representarían un gran incentivo para que los gestores de nivel local implementen normativas como la Directiva N°261. Esto implicaría que, por el contrario, cuando existe una ausencia de dichos pedidos por parte de la población, la ejecución de estas políticas no se entienda como una prioridad. El análisis realizado en los siguientes capítulos buscará determinar si este factor fue importante en el caso de la implementación del enfoque intercultural en los establecimientos de salud de Cusco.

Por otro lado, otro aspecto interesante para la investigación rescatado de la cita

de Stein, Tommasi et al es la necesidad de que, para que un Estado ponga en práctica una directiva de manera efectiva, debe contar con capacidad. Sobre esto, también, Weatherly y Lipsky reconocen que aquello es trascendental durante el proceso de la implementación donde los servidores públicos necesitan tener aptitudes mínimas para realizar las acciones que ordena la política. El término de capacidad en lo relacionado con los actores locales puede ser entendido como la disposición de los recursos necesarios para coordinar, monitorear y evaluar la ejecución de las directivas (1977).

En línea con esto, sería importante que el personal de los establecimientos de salud en el Perú tenga a su disposición las herramientas necesarias para responder a las necesidades de la población. Como se explicó en uno de los casos de políticas interculturales presentados en el capítulo anterior, la falta de recursos, personal y, para el caso médico, de infraestructura, condiciona la posibilidad de los servidores locales de brindar una atención de calidad. Finalmente, esto también limitaría su competencia para poner en práctica el enfoque intercultural. Así, esta tesis considera a la capacidad como un factor determinante que puede llegar a generar brechas porque su ausencia entorpece la fase de implementación. Sobre esto, será interesante analizar si explica las diferencias y similitudes que se encontraron durante el estudio de los casos escogidos.

Por otro lado, el término de interculturalidad fue explicado en el apartado anterior con la finalidad de establecer qué se debe tomar en cuenta para la elaboración de una política intercultural de salud. Aquí, se le debe dar igual relevancia a los actores que pondrán en práctica las directivas elaboradas. Esto debido a que, para los casos analizados, los usuarios de los servicios de salud tienen un trato constante con el personal médico que labora en los centros del primer nivel de atención. Por eso, también es posible argumentar que una buena relación entre los profesionales de la salud y los pacientes es necesaria para que se consigan mejoras en el acceso a la salud de la población indígena. Además de la cobertura, este acceso se refiere al uso de los servicios por parte de las personas lo cual está directamente relacionado con el grado de confianza que sientan.

De igual manera, es importante señalar que cada actor involucrado en el proceso de implementación tendrá intereses particulares por los que es razonable que tienda a velar. Adicionalmente, es probable que dichos intereses constituyan su prioridad durante el proceso de toma de decisiones. Debido a esto, es común que surjan conflictos en el transcurso de las negociaciones; lo cual complica e, incluso,

pone en riesgo la concertación. La disposición de los gestores locales para cooperar, llegando a acuerdos que puedan ser sostenidos a lo largo del tiempo, es necesaria para que se aterricen las acciones de políticas públicas (Stein, Tommasi et al, 2006).

En algunos casos, los establecimientos tendrán personal más interesado por el tema de interculturalidad y con mayores conocimientos. De acuerdo con la literatura revisada, esto simplificaría la realización de las actividades que determina la política y favorecería que se obtenga un nivel más alto de implementación. Por tanto, la voluntad o actitud de los gestores y su relación con la sociedad en general serían un tercer factor que influye sobre el proceso de implementación de una directiva. En el próximo capítulo, también se observará si este aspecto sirve como explicación para los avances en la adopción de la interculturalidad en salud.

En conclusión, para atender efectivamente las necesidades sanitarias de la población de los pueblos indígenas u originarios que viven en el territorio peruano es necesario que se considere la diversidad cultural en todas las etapas del ciclo de políticas. Esto permitirá que se elaboren directivas más precisas que, a su vez, deberían considerar las características y el contexto en el que se desarrollen los usuarios de los servicios de salud. Como se mencionó en la introducción, esta tesis parte del ejercicio de documentar los avances en la implementación del enfoque intercultural en los establecimientos de salud del departamento de Cusco. Esto tiene como objetivo final reconocer los factores que favorecen o entorpecen la ejecución de este tipo de políticas. De acuerdo con la literatura revisada en esta sección, algunos de estos podrían ser la capacidad disponible y la voluntad por parte de los gestores locales, así como la presencia de demandas sociales.

Capítulo 3. Cómo evaluar la implementación del enfoque intercultural

El estudio inició preguntándose, de manera general, sobre los avances en la implementación del enfoque intercultural en el sector salud. Específicamente, se busca conocer el estado de la implementación de establecimientos que ofrezcan servicios con pertinencia cultural. Debido a su relevancia para el tema estudiado, se tomó como base para la investigación a las normativas antes presentadas. Estas son la Política Sectorial de Salud Intercultural y la Directiva Administrativa N°261, ambas elaboradas por el Ministerio de Salud. Concretamente, la política reglamenta las acciones de salud intercultural buscando garantizar el acceso a la salud de los pueblos indígenas u originarios. Para esto, es importante que los establecimientos fomenten el respeto por la cultura de las poblaciones atendidas. Aquí radica la importancia de la directiva pues determina los estándares que deben cumplir para adecuar la pertinencia cultural en sus servicios y ser acreditados.

Para responder a las preguntas que inspiraron esta investigación sobre la implementación del enfoque intercultural en los establecimientos de salud en la región Cusco, se establecieron cinco categorías de evaluación que se pueden englobar en dos grupos. El primer grupo está compuesto por las cuatro categorías que tienen una conexión directa con la Política Sectorial de Salud Intercultural y en la Directiva Administrativa N°261. Por medio de estas, se quiere evaluar directamente el grado de implementación de la interculturalidad en los servicios médicos. Por otra parte, la implementación de políticas en países como el Perú, cuyo sistema de salud es precario, suele ser acompañada por recursos e infraestructuras de baja calidad. Esto influye de forma negativa en los servicios ofrecidos porque limita la implementación. Por esto, y en línea con la información recogida en el marco teórico, se incluye la categoría de evaluación denominada como capacidad resolutive.

A continuación, se presentará la definición que se planteó para las cinco categorías de evaluación seleccionadas. De igual forma, se realiza una explicación detallada sobre los indicadores que se establecieron para cada una. La información sobre las cinco fue obtenida a través de las entrevistas al personal de salud. Estos eran médicos, obstetras, enfermeros y técnicos de los dos establecimientos de salud analizados. Las preguntas que se realizaron en todas las entrevistas se encuentran especificadas en el Anexo B del presente documento.

3.1. Gestión para la calidad de atención

La primera categoría de estudio se refiere a la planificación y la organización dentro de un establecimiento de salud. De manera más específica, guarda relación con las acciones que el personal médico realiza como conjunto para garantizar una atención en salud intercultural de calidad para la población que se autoidentifica como indígena u originaria. Esta categoría se compone de tres indicadores que son “Elaboración de intervenciones diferenciadas para las comunidades originarias”, “Adecuación del horario para la población indígena” y “Adaptación cultural de los ambientes del establecimiento”.

El primer indicador parte de la importancia de realizar un diagnóstico situacional de la salud que incluya la variable cultural de la población atendida. Esto debido a que se debería priorizar la atención y las salidas de campo hacia comunidades cuyo estado de salud esté más deteriorado. Además, la elaboración de este diagnóstico permite que las atenciones y las campañas sean más acertadas y tengan un mayor alcance. Las intervenciones diferenciadas dentro de las comunidades originarias, también, deben ser previamente coordinadas con los líderes de las comunidades.

Por otro lado, el segundo indicador denominado “Adecuación del horario para la población indígena u originaria” también parte del consenso entre personal médico y población usuaria. Cada pueblo indígena u originario y sus comunidades tienen características particulares en su estilo de vida. El objetivo de esta acción es que se facilite el acceso a los servicios de salud para la población mencionada puesto que en muchos casos sus actividades como agricultura y ganadería les impiden acercarse a los centros de salud en el horario de atención de estos. Así, evalúa si el centro establece un horario en el que la población esté libre para favorecer su atención.

El tercer indicador se refiere a la adaptación cultural de los diversos ambientes de los establecimientos de salud. Esto incluye, por un lado, que se usen materiales característicos de la zona los cuales, más allá de ser usados como decoración, incrementan el sentido de pertenencia de la población. También significa que, en todos los ambientes, sean triaje o consultorios, debe haber información en el idioma local ya que esto ayuda en la promoción de la salud. Por último, la acción guarda relación con la señalética distribuida por el centro médico que puede ser desde carteles en las puertas en el idioma local hasta imágenes. Respecto a esto último, es importante porque el analfabetismo sigue prevaleciendo entre la población indígena y la colocación de imágenes les permitiría ubicarse dentro del establecimiento.

3.2. Revaloración del sistema tradicional de salud

Esta categoría de estudio está destinada a asegurar la promoción de la práctica de la medicina tradicional por parte de los trabajadores dentro del establecimiento de salud y fuera de él. Esto porque la revaloración y adopción del sistema de salud tradicional es una muestra clara del respeto hacia la cultura de una población y su manera particular de entender la salud. Además, esto permite la visualización de los actores que practican la medicina tradicional en las localidades que se atenderán. Así, la categoría está compuesta por dos criterios que son “Promoción del uso de plantas medicinales en la atención” e “Implementación y fomento de procedimientos de medicina tradicional”.

El primer indicador se refiere, por un lado, al uso y a la promoción de plantas medicinales como tratamiento por parte del personal de salud durante las atenciones. Además, la directiva administrativa en la que se basa el indicador contempla la creación de un biohuerto dentro del establecimiento con plantas que los profesionales puedan utilizar como complemento de los medicamentos. Por ello, es importante que los gestores de la política conozcan sobre los diversos usos de las plantas para ciertas patologías que se puedan presentar. Aquí se resalta la relevancia de crear un registro de síndromes y enfermedades culturales.

Asimismo, el segundo indicador está referido a la implementación de diversos procedimientos de la medicina tradicional dentro del establecimiento. Aquello guarda relación con respetar las prácticas ancestrales de las comunidades que puedan traer beneficios para la población. Un ejemplo de estos procedimientos es la atención del parto vertical que es, en muchos casos, la práctica normalizada entre las madres gestantes. El hecho de que el personal de salud esté capacitado, en caso de que la paciente prefiera un parto de este tipo, mejora su experiencia y genera confianza hacia el establecimiento como conjunto.

3.3. Recursos humanos promotores de la salud intercultural

La tercera categoría de estudio resalta la importancia de que los diferentes profesionales que laboran en los establecimientos de salud donde se atiende población indígena u originaria cuenten con las competencias necesarias para fomentar la comunicación intercultural. Para que esta última se dé, la relación entre las partes debe ser en igualdad de condiciones y libre de discriminación por cualquier

índole. Esto responde a la necesidad de reducir la desconfianza que suelen tener las personas de comunidades nativas ocasionada por malas experiencias previas. Del mismo modo, el diálogo intercultural favorecería el incremento del uso del servicio por parte de la población indígena. Así, esta categoría de análisis se compone de dos indicadores denominados, por un lado, “Capacitación del personal en competencias interculturales” y, por otro, “Disponibilidad de herramientas para vencer la barrera lingüística”.

Para empezar, el primer indicador busca evaluar si el personal médico que labora en los centros de salud recibe preparación y capacitaciones constantes respecto al enfoque intercultural y lo que este implica para la atención en el ámbito de la salud. También, tiene como finalidad determinar el tipo de capacitaciones de las que sean parte y los contenidos temáticos que traten. Esto considerando su especialidad y el puesto que ocupen dentro del establecimiento. Por último, este indicador contempla la frecuencia y continuidad con las que se realicen dichas sesiones de formación.

En segundo lugar, el indicador “Disponibilidad de herramientas para vencer la barrera lingüística” está direccionado para determinar si la comunicación entre personal y pacientes es fluida. Debido a que, en la mayoría de los casos, la población indígena u originaria no tiene como lengua materna al castellano, es necesario que los servidores del centro manejen el idioma de la zona en un nivel considerable. En caso contrario, el establecimiento debe examinar la contratación de los servicios de un intérprete que labore de manera permanente en sus instalaciones el cual pueda ayudar en la comunicación con los pacientes.

3.4. Incorporación de la participación ciudadana

Esta cuarta variable contempla que los establecimientos de salud que adopten el enfoque intercultural promuevan la participación constante de las comunidades originarias en el proceso de planificación, implementación, monitoreo y evaluación de las actividades del establecimiento de salud. En relación con esto, es importante especificar que la categoría está enfocada en medir la disposición por parte de los centros como conjunto para incorporar la participación de la población en las acciones en salud. No se refiere, entonces, a la existencia de demandas desde la sociedad civil para mejorar el acceso a la salud. Esta distinción es necesaria ya que lo segundo es entendido por la tesis como un factor explicativo para el proceso de implementación y

no como una medida para evaluarlo.

Ahora, conforme con la Política Sectorial de Salud Intercultural y la Directiva Administrativa N°261, los pueblos indígenas u originarios tienen el derecho de participar y decidir sobre las acciones de salud que los afecten. Por esto, la penúltima categoría se divide en dos criterios que son “Intercambio de conocimientos con agentes de medicina tradicional” e “Intervención de representantes de las comunidades indígenas en las acciones de salud”. Este último punto se refiere, a su vez, a la existencia del diálogo intercultural antes mencionado.

El primer indicador tiene por finalidad establecer si los centros médicos le dan la importancia que se requiere a los agentes de la medicina tradicional. Este aspecto, además, es necesario para satisfacer las necesidades de la población objetivo. Los saberes que estos actores sociales puedan compartir con el personal médico servirán de ayuda para tener un constante registro de la situación de la salud de las personas que viven en las localidades; pero, también, para tener un mejor entendimiento sobre la concepción de las comunidades que serán atendidas en relación a la medicina tradicional y las enfermedades.

Por otra parte, el segundo indicador guarda relación con la participación de representantes de los pueblos indígenas para planificar, implementar y evaluar las acciones del centro de salud. Lo que se busca con este indicador es tanto evaluar como asegurar que haya cooperación entre los responsables de hacer cumplir la política, que serían los gestores locales, y los usuarios de esta, que viene a ser la población que se atiende en los establecimientos.

3.5. Capacidad resolutive

La última categoría busca estudiar la aptitud del establecimiento de salud para poner en práctica el enfoque intercultural. Como se mencionó anteriormente, tanto la precariedad de las infraestructuras y del equipamiento médico como la falta de los medicamentos necesarios condicionan la atención médica. Igualmente, la falta de personal mínimo o de profesionales especialistas afectan la calidad del servicio que se brinda por parte de los centros. Estos factores limitan su capacidad como conjunto para responder a las necesidades de la población más vulnerable que suele tener carencias que agravan su salud y reducen su calidad de vida. Por último, la ausencia de las condiciones mínimas laborales desanima a los profesionales y deriva en una mala atención.

Así, la categoría de capacidad resolutive se divide en los criterios denominados como “Recursos asignados al establecimiento de salud” y “Situación del personal de salud”. En el primero, se considera la disponibilidad de la infraestructura adecuada dentro del centro para la atención de pacientes, del equipamiento médico en buen estado que permita un diagnóstico oportuno de enfermedades y, por último, del abastecimiento de recursos materiales, así como de medicamentos. Paralelamente, el segundo criterio busca evaluar que el establecimiento cuente con los profesionales de salud necesarios para darse abasto en la atención de pacientes. Además, se prestará atención a que haya las especialidades correspondientes a la categoría I-4 del primer nivel de atención puesto que tanto el Centro de salud Huancarani como el Centro Urcos tienen dicha clasificación.



Capítulo 4. La implementación del enfoque intercultural en establecimientos de salud de Cusco

Cusco es uno de los departamentos con mayor porcentaje de población que se identifica como parte de un pueblo indígena u originario. Acorde con el MINCUL (2019) y el último Censo Nacional, el 76,1% de la población cusqueña se considera como tal. Paralelamente, el 55,1% tiene como lengua materna una lengua nativa (INEI, 2018). En el ámbito económico, es relevante mencionar que el 32,1% de los cusqueños se encontraban en una situación de pobreza monetaria para el año 2020 (INEI, 2021). Si bien algunos departamentos tienen cifras mayores, la pobreza monetaria en Cusco se incrementó en 9,1 puntos porcentuales en solo un año. Así, considerando la premisa de que la población indígena es afectada en mayor medida por la pobreza monetaria, es posible afirmar que este grupo se encuentra en una situación de vulnerabilidad en la región donde se centra el presente estudio.

Por otra parte, en la actualidad, Cusco tiene 2 de los 29 establecimientos con servicios acreditados como culturalmente pertinentes. Estos son el Centro de Salud Camisea en La Convención donde viven comunidades amazónicas y el Centro de Salud Huancarani en Paucartambo donde habitan comunidades indígenas andinas. Estas dos provincias, además, son las que tienen el mayor número de localidades de pueblos indígenas en el departamento. Por último, en la región no se observa una diferencia significativa entre la población no indígena e indígena que no cuentan con algún seguro de salud. Esto servirá para probar la hipótesis de que la implementación del enfoque intercultural mejora el problema del limitado acceso a la salud de la población indígena pero también del resto de la población.

Lo mencionado en las líneas anteriores pone en evidencia la necesidad de incorporar el enfoque intercultural en todos los servicios de salud de la región Cusco. La implementación de esta mirada favorecería el respeto por la cultura de cada uno de los pueblos indígenas u originarios que se atiendan en los centros médicos. Esto como parte del ejercicio de su derecho colectivo a gozar de una atención de calidad para garantizar un buen estado de salud. Por esto, la investigación evalúa la adopción de la interculturalidad en dos centros de salud del primer nivel de atención ubicados en el departamento. Como se expondrá, tanto el Centro de Salud Huancarani como el Centro de Salud Urcos tienen en su jurisdicción comunidades nativas de origen andino por lo que atienden a población indígena. En este punto, radica la importancia de la

implementación del enfoque intercultural en la provisión de sus servicios. También, esto hace que la Directiva Administrativa N°261 sea aplicable para ambos casos puesto que promueve la inclusión de la interculturalidad en todos los establecimientos de salud que atiendan a población originaria.

A continuación, se presentarán los hallazgos encontrados durante las visitas a ambos centros de salud sobre la adopción de la interculturalidad. La evaluación se realizó a partir de las cinco categorías explicadas en el capítulo anterior. Sobre estas, se formuló un cuestionario de preguntas para los profesionales que participaron de las entrevistas. En primer lugar, se describirá la situación del tema estudiado en el Centro de Salud Huancarani que está acreditado por brindar servicios con pertinencia cultural y donde, por tanto, se esperaba encontrar un alto grado de implementación del enfoque. Después, se exhibe la realidad del Centro de Salud Urcos en relación a la inclusión de la interculturalidad. Esto con la finalidad de realizar una comparación entre sus niveles de implementación en el próximo capítulo y, así, plantear los posibles factores que influyeron sobre el proceso.

4.1. La interculturalidad en el Centro de Salud Huancarani

El Centro de Salud Huancarani está ubicado, como se mencionó anteriormente, en la provincia de Paucartambo. Este establecimiento médico pertenece a la Red de salud Cusco Sur y a la Micro red de salud Paucartambo. Además, es uno de los dos establecimientos de la provincia clasificados con la Categoría I-4. Dicha clasificación implica que es un centro de salud donde debe haber disponibilidad de camas para internamiento. Esto lo diferencia de los establecimientos con una clasificación menor ya que, además de poder realizar intervenciones quirúrgicas de consulta externa, debería ofrecer los servicios de ecografía, radiografía y atención materno-infantil antes, durante y después del proceso de gestación.

Respecto al contexto cultural, en la provincia de Paucartambo, el 97,4% de la población tiene como lengua materna el idioma quechua. Igualmente, la mayor parte, el 98,9%, se considera como perteneciente a una comunidad nativa. De manera específica, el distrito de Huancarani, en donde se ubica el centro de salud con el mismo nombre, cuenta con 18 comunidades campesinas que se encuentran a una hora de distancia en su mayoría. Esta información fue obtenida a través de la Base de Datos de Pueblos Indígenas u Originarios creada por el Ministerio de Cultura. Asimismo, el establecimiento también brinda atención a ciudadanos de otros distritos

debido a que es uno de los centros de salud más modernos, la oferta de servicios disponibles es mayor y la distancia es menor que a la provincia de Cusco.

Este establecimiento logró la acreditación como centro de salud que brinda servicios con pertinencia cultural en el año 2021. El proceso mediante el cual obtuvo la certificación estuvo a cargo de la Gerencia Regional de Salud de Cusco, la Dirección Desconcentrada de Cultura de Cusco y representantes tanto del establecimiento como de las comunidades indígenas que residen en la zona. En este centro médico, se pudieron realizar ocho entrevistas semiestructuradas al personal que se encontraba de turno. Concretamente, estas se llevaron a cabo con la participación de un médico, una obstetra, un interno y cinco enfermeras de diferentes áreas de atención. Por otro lado, con todos los entrevistados se empleó el mismo cuestionario que está detallado en el Anexo B del presente documento.

Ahora, a partir de la información recopilada a través de las ocho entrevistas y la observación que se pudo realizar durante la visita al establecimiento, se detallarán los avances del establecimiento como conjunto en materia de la implementación de la interculturalidad en el ámbito de la salud. Para mantener un orden, la información se dividirá en las cinco categorías de estudio que fueron presentadas y explicadas en el capítulo del diseño de la investigación. Debido a que este es un centro de salud que ha sido acreditado por seguir la Directiva Administrativa N°261, el estudio espera que se cumpla con la mayor parte de los criterios propuestos.

4.1.1. Gestión para la calidad de atención

En primer lugar, respecto a la gestión para la calidad de atención, el Centro de salud Huancarani realiza diagnósticos situacionales para conocer el estado de la salud de la población indígena u originaria que reside en el distrito de su jurisdicción de manera constante. Es posible cumplir con este objetivo gracias a que el personal médico realiza actividades extramurales y organiza salidas a las comunidades mensualmente (Entrevistado 2). Respecto a esto, otros dos entrevistados mencionan:

“Nosotros programamos cada mes las atenciones integrales donde se va a la comunidad y se brindan las atenciones de medicina, planificación familiar y promoción donde se hacen sesiones demostrativas. También les escuchamos sus opiniones sobre cómo mejorar la atención.” (Entrevistado 7)

“Las comunidades más alejadas se encontrarán a 40 minutos o una hora más o menos. Entonces se brinda una atención integral, va un equipo de médicos y

enfermeras y diferentes profesionales de la salud a atender a esos lugares, a darles medicamentos, etc.” (Entrevistado 8)

Mediante las entrevistas, igualmente se pudo conocer que los agentes que el centro denomina como promotores de salud son quienes sirven de nexo entre los profesionales de la salud y la población atendida (Entrevistado 4, Entrevistado 6, Entrevistado 8). Al tener un promotor perteneciente a cada comunidad, se facilita la comunicación entre ellos. Así, también, se puede conocer las necesidades de todas las comunidades y llevar los instrumentos necesarios para atenderlos en su misma localidad.

Por otro lado, el centro de salud cumple con la adecuación del horario de atención para responder a los requerimientos de la población indígena. El establecimiento está abierto de lunes a domingo durante todo el día y de noche solo atiende el área de emergencias. No obstante, varios de los entrevistados refirieron que, los días domingos, los integrantes de las comunidades nativas lejanas tienen prioridad para la atención (Entrevistado 4). Semanalmente, los domingos, se desarrolla una feria de venta de diversos productos en el distrito y los buses suben a las localidades más alejadas (Entrevista 7). Entonces, los usuarios aprovechan esta movilidad para trasladar sus productos de producción que pondrán a la venta y, a su vez, para acercarse al centro de salud. Se pudo conocer que la afluencia de los pacientes esos días incrementa en comparación con el resto de la semana y el personal suele no ser suficiente.

Asimismo, sobre la adaptación cultural de los ambientes e instalaciones, se pudo observar durante la visita al establecimiento médico que había señalética en el idioma quechua en todas las puertas de los consultorios y distintas especialidades. En relación a esto, uno de los entrevistados indica:

“Como se puede ver, en los pasadizos y en las puertas de los consultorios lo hemos adaptado porque acá en Huancarani son quechua hablantes la mayoría. También en la casa materna que tenemos, hemos puesto carteles de información en el quechua sobre cómo deben ingresar, quienes deberían estar en la casa materna y quienes las van a atender.” (Entrevistado 6)

Por otra parte, se pudo saber mediante las entrevistas que el personal pone especial énfasis en adaptar culturalmente el área de hospitalización y la sala donde se atienden partos (Entrevistado 3, Entrevistado 8). Además de colocar algunas palabras en quechua, para ayudar a que los pacientes entiendan la información

presentada, se agrega decoración con mantos tejidos e imágenes alusivas a la cultura andina. Como se mencionó anteriormente, esta acción ayuda a que los pacientes se sientan más cómodos en el lugar e incrementa el sentido de pertenencia de estos con el centro de salud. Ambos puntos favorecen a reducir la desconfianza que suele caracterizar la relación entre usuarios y servidores.

No obstante, también respecto a la adaptación cultural de los ambientes del establecimiento, se observó que los letreros con información referente a planificación familiar, enfermedades de transmisión sexual y afecciones respiratorias recurrentes en la zona como la tuberculosis solo estaban en español. Esto limita el alcance de las actividades en promoción de la salud y no permite que la población que no maneja el idioma español se informe adecuadamente. Por otro lado, es relevante mencionar que, aunque la identificación de los consultorios con palabras quechuas favorece a un porcentaje de la población indígena, sería igualmente beneficioso que se colocaran imágenes en las puertas de los consultorios. Aquello porque el analfabetismo sigue prevaleciendo entre este grupo poblacional.

4.1.2. Revaloración del sistema de salud intercultural

En lo referente a la revaloración del sistema tradicional de salud, durante la visita al establecimiento, se pudo observar que tiene un biohuerto de considerable tamaño dentro de sus instalaciones. Aquí, se podía encontrar una gran diversidad de plantas que estaban debidamente clasificadas e identificadas. Al mismo tiempo, el centro médico cuenta con un consultorio dedicado especialmente al tema del enfoque intercultural (Entrevistado 4). Es el personal que labora en dicho consultorio, también, el que se encarga de establecer qué actores podrían ayudar al establecimiento como promotores de la salud dentro de cada comunidad.

Además, durante las entrevistas se pudo conocer que el personal de salud recomienda el uso de determinadas plantas. Uno de los entrevistados indicó que se utiliza los recursos de la medicina tradicional de manera complementaria al tratamiento farmacológico usual (Entrevistado 8). Por ejemplo, si les recetan un medicamento a los pacientes, también les recomiendan ciertas hierbas. De esta manera, la salud de las personas se puede favorecer con los beneficios tanto de la medicina occidental como de la medicina ancestral. Paralelamente, estas acciones les ofrecen una alternativa de atención a los pacientes que no quieren aceptar tomar los medicamentos usuales.

Otro integrante del personal de salud entrevistado comentó:

“Se usan las plantas medicinales. Por ejemplo, los mismos pobladores tienen sus propios conocimientos sobre la medicina tradicional que respetamos. También tenemos un jardín botánico donde hay plantas como el romero y estas se les indica en el momento de la atención.” (Entrevistado 2)

Después, en el caso particular de la atención de partos, la medicina tradicional se empleó como recomendación para la aplicación y promoción de ungüentos o infusiones naturales. Las obstetras y enfermeros permiten que la persona que acompaña a la gestante les aplique estas pomadas elaboradas naturalmente para contrarrestar los dolores que producen las contracciones durante la labor de parto. Igualmente, una de las personas entrevistadas mencionó:

“Durante el parto, se les dice a las madres que tomen sus mates o hierbas para que eso les ayude con los dolores. Además, tenemos el huerto donde hay las plantas tradicionales de la región que podemos utilizar.” (Entrevistado 1)

Es importante mencionar, como parte de la revaloración del sistema tradicional de salud, que el centro de salud Huancarani tiene una de las experiencias más grandes a nivel regional y nacional, en lo que es la adecuación del parto vertical. Durante este procedimiento, aunque no se busca la ayuda de un agente de medicina tradicional como podría ser una partera, sí se promueve el acompañamiento en la sala de parto de los familiares o personas cercanas a la madre gestante (Entrevistado 1, Entrevistado 2). Se pudo conocer que la mayoría de las pacientes eligen esta opción puesto que sienten una mayor confianza e independencia. De igual manera, el acompañamiento de profesionales es de suma importancia para este procedimiento.

En el mismo ámbito de la salud materno-infantil, otro avance importante ha sido la creación de una casa materna ubicada al lado del establecimiento. Este beneficia a las madres gestantes que están a punto de dar a luz o tienen un embarazo riesgoso, pero cuyas viviendas se encuentran lejos del centro de salud. Así, estas instalaciones permiten que las pacientes tengan un espacio donde quedarse hasta el momento en que entren en labor de parto sin tener que asumir ningún costo. Al respecto, uno de los servidores médicos entrevistados para esta investigación expresó:

“En la casa materna, están las gestantes que están ya próximas a dar a luz. Ya desde las 36 semanas de gestación, incluso las 35 semanas, tienen que estar en la casa materna esperando su parto. Debido a que las comunidades son lejanas, las gestantes están más seguras quedándose ahí.” (Entrevistado 6)

En general, el Centro de salud Huancarani ha adoptado muchas acciones que como conjunto sirven para revalorar el sistema de salud tradicional de los pueblos indígenas que viven en el distrito del mismo nombre. Si bien estos avances son significativos, un punto de mejora fue propuesto por uno de los mismos entrevistados que opinó que sería beneficioso para la calidad de atención que los profesionales de la salud amplíen sus conocimientos sobre los posibles usos de la diversidad de plantas que tiene el país. Específicamente, indicó:

“Considero que quizás deberíamos tener mejor conocimiento del uso de las plantas para poder incluirlos más en los procedimientos como, por ejemplo, en el caso de quemaduras, se podría utilizar plantas que ayuden a regenerar la piel.” (Entrevista 3)

Es en este punto donde se resalta la importancia de que las capacitaciones incluyan temas de salud intercultural, además de que haya una cooperación entre el personal y los agentes de medicina ancestral para compartir conocimientos. Estos dos puntos serán explicados en los siguientes apartados.

4.1.3. Recursos humanos que promueven la salud intercultural

En lo referido a la existencia de recursos humanos que sean promotores de la salud intercultural en el Centro de salud Huancarani, se obtuvo respuestas variadas. Esto relacionado con el desarrollo de las competencias interculturales que sean necesarias para atender de forma adecuada a la población estudiada. Por un lado, un grupo de profesionales afirmaron que vienen teniendo capacitaciones en materia de interculturalidad de manera semestral y que la última se dio en los 3 o 4 meses previos a cuando se dieron las entrevistas de este trabajo de investigación (Entrevistado 1, Entrevistado 6, Entrevistado 7).

Por su parte, otro grupo de dos servidores públicos que participaron en las entrevistas mencionaron que no han recibido ningún tipo de capacitación, curso o taller en materia del enfoque intercultural aplicado al ámbito de la salud. Esto es entendido al menos desde el proceso de acreditación del que fueron partícipes durante el año 2021 (Entrevistado 5). Con relación a esta premisa, uno de ellos indica lo siguiente:

“Durante todo el tiempo que yo laboro aquí, la única vez que he visto el tema de la interculturalidad ha sido cuando nos han certificado hace unos años. Alguna otra oportunidad no que recuerde.” (Entrevistado 2)

Por último, hay un grupo de personas que expresó no haber llevado ninguna o solo una capacitación en temas interculturales en todo el tiempo que viene laborando en el establecimiento. Este escenario, considerando que ambos profesionales de la salud laboraban en zonas de alta afluencia de pacientes, influye en sus competencias para fomentar el respeto por la cultura de los pacientes pertenecientes a pueblos indígenas y para hacer uso de la medicina tradicional a través de conocimientos certeros sobre esta. La opinión de ambos es expresada en estas líneas:

“Por parte de la Red de salud Cusco Sur sí, pero ha sido mínima. En estos dos años que habré estado trabajando aquí, una sola vez he tenido capacitaciones sobre ese tema.” (Entrevistado 4)

“Yo, en lo particular, llevé trabajando aquí en Huancarani por 6 meses y aún no he visto que den ninguna capacitación sobre el tema.” (Entrevistado 8).

En el apartado anterior, se manifestó que el centro de salud cuenta con un consultorio dedicado especialmente al tema del enfoque intercultural. También, que es el personal que labora en dicho consultorio quien se encarga de contactar a personas que podrían hacer de promotores de la salud dentro de cada comunidad. Por medio de las entrevistas, se sabe que es esta persona quien se asegura de que los servicios cuenten con los carteles y la señalética necesarios en el idioma quechua. Además, la encargada del consultorio de interculturalidad sí brindó capacitaciones en la materia un par de veces. Sobre esto, se dijo:

“El biohuerto lo tenemos hace más de un año que justamente es para el consultorio de interculturalidad que hay que también se maneja por un personal que es neto del lugar y que tiene conocimientos sobre plantas medicinales. Las hierbas se utilizan en todos los diagnósticos y tratamientos que hagamos.” (Entrevistado 4)

Ahora, en lo relacionado con la disponibilidad de herramientas que permitan vencer la barrera lingüística, es posible decir que la mayoría del personal de salud tiene un manejo intermedio del idioma quechua. Recordemos que, en muchos casos, la población indígena u originaria no tiene como lengua materna al español y, por esto, es necesario que los servidores manejen el idioma de la zona en un nivel considerable. En el caso del establecimiento de salud en Huancarani, no fue necesario que se dé la contratación de un intérprete que labore de manera permanente en las instalaciones. Aquello debido a que casi todos los médicos, enfermeros y técnicos provienen del mismo departamento de Cusco y conocen el idioma quechua.

Un integrante del personal de salud entrevistado comentó:

“La mayoría de mis compañeros son quechua hablantes y ellos son los que traducen cuando quizás el médico no entiende algo. Aunque gran parte de las enfermeras y doctores habla el quechua fluidamente. Pero no hay un personal que se encuentre y trabaje aquí solo para eso, no hay.” (Entrevistado 3)

Por otra parte, sobre el resto de los profesionales que laboran en el centro de salud, es posible afirmar que casi todos tienen un manejo de nivel básico sobre el idioma quechua (Entrevistado 2). Este grupo lo entiende de manera que les permita comunicarse con los usuarios quechua hablantes la mayor parte del tiempo porque la dirección del establecimiento gestionó la realización de un curso recientemente. Esto, justamente, porque vieron la necesidad de mejorar la comunicación entre la población y el personal médico. Durante las entrevistas, uno de ellos manifestó:

“La mayoría del personal hemos llevado un diplomado del quechua entonces estamos en la posibilidad de comunicarnos con los pacientes que vienen y así también de brindar una atención de calidad.” (Entrevistado 6)

Por consiguiente, si bien el centro médico tiene algunos avances en materia de la categoría evaluada, estos son limitados. Es importante que todos los profesionales reciban capacitaciones para que desarrollen competencias interculturales de manera semestral. También, el eje temático de los cursos que sí se imparten debe ser más amplio ya que se concentra en cuestiones como la promoción de la lactancia materna y las vacunas dentro de las comunidades originarias. Aunque estos temas son muy importantes para mejorar el estado de salud de las comunidades, es relevante que el personal maneje más información sobre los posibles usos de la medicina tradicional y otras prácticas ancestrales.

4.1.4. Incorporación de la participación ciudadana

La cuarta variable de estudio de la presente investigación contemplaba que los centros de salud que implementen la pertinencia cultural promuevan la participación constante de las comunidades pertenecientes a los pueblos indígenas u originarios. Esto en el proceso de planificación, implementación, monitoreo y evaluación de las actividades que realice el establecimiento. El Centro de salud Huancarani está en comunicación constante con los denominados promotores de la salud. Como se explicó en los apartados anteriores, estas personas pertenecen a las distintas comunidades que habitan en el distrito.

Dos de las personas que fueron entrevistadas dijeron al respecto:

“Existe un promotor de salud en cada comunidad que coordina con un personal en específico aquí. Ellos dicen qué es lo que necesitan y se hacen una serie de gestiones para llevar a las comunidades lo necesario.” (Entrevistado 8)

“La responsable de la promoción en salud es la que se pone en contacto con los promotores. Con ellos se acuerda para hacer las actividades, que pueden ser charlas o capacitaciones. Cuando el personal va, explica sobre alimentación saludable.” (Entrevistado 2)

Estas acciones responden a la necesidad de tomar en consideración a los agentes de medicina tradicional para intentar satisfacer de la mejor manera las necesidades de la población objetivo. Como ya se dijo, los saberes ancestrales que estos actores puedan compartir con el personal sanitario servirán de ayuda para tener un constante registro de la salud de las personas que viven en las localidades. En concreto, también ayudaría en la elaboración del diagnóstico situacional que se mencionó en el primer apartado. Recordemos que esto es relevante para que el centro de salud tenga un mejor entendimiento de la percepción y cosmovisión que las comunidades indígenas tienen sobre las enfermedades.

Así, con estas acciones, el establecimiento de salud en Huancarani respeta el derecho de los pueblos indígenas u originarios a participar en las acciones de salud que los afecten. Específicamente, se cumple con propiciar un intercambio de conocimientos del personal médico con los agentes de medicina tradicional en igualdad de condiciones. Por otro lado, esto visibiliza su relevancia ya que una parte considerable de los promotores de la salud establecidos para cada comunidad de origen nativo son curanderos y otros tipos de agentes de medicina tradicional.

En relación a los conocimientos que los profesionales de la salud comparten con los agentes, representantes y la población en general de las comunidades, uno de los entrevistados indicó:

“Nosotros capacitamos mensualmente a los promotores de salud y a los agentes comunitarios que son como nuestra mano derecha. En cada comunidad tenemos un agente comunitario y si es una comunidad grande, tenemos hasta dos promotores. Se les capacita en temas de lactancia, alimentación y otros. Las capacitaciones se dan en forma de talleres y son en castellano o, si no entienden, en quechua. Con los agentes también se coordina qué temas vamos a tratar o qué dudas tiene la población.” (Entrevistado 7)

Otra persona entrevistada durante la visita al centro mencionó que cuando se realizan las salidas a las comunidades, se suele aprovechar para organizar reuniones con los líderes de estas para coordinar acciones y compartir conocimientos sobre medicina y salud. Esto es una respuesta a la necesidad de que los representantes de las comunidades indígenas tengan participación en las decisiones que afecten su calidad de vida y también a la forma de entender la salud intercultural. Así, es posible concluir, que la promoción de la participación por parte de la población indígena es uno de los aspectos donde más avances ha habido en Huancarani.

Por otro lado, un punto importante para la investigación que se rescató durante las entrevistas es que se puede argumentar que la implementación del enfoque intercultural fue promovida por el personal del centro mismo. En el siguiente capítulo, se desarrollará este punto con más detalle para entender cómo es un factor influyente para la etapa de implementación.

4.1.5. Capacidad resolutive

Como se mencionó antes, la última categoría de estudio denominada como capacidad resolutive busca estudiar la aptitud de los establecimientos de salud para poner en práctica el enfoque intercultural. Esta capacidad está definida por diversos factores entre los cuales se encuentran la condición de las infraestructuras, el equipo médico y los medicamentos disponibles. Por un lado, en lo referido a la infraestructura dentro de cada centro, esta debe ser la adecuada para brindar una buena atención a los pacientes. De la misma manera, el equipamiento técnico se debe encontrar en un estado óptimo para permitir el diagnóstico oportuno de enfermedades. Finalmente, es igual de importante el abastecimiento de recursos materiales médicos, así como de medicinas.

Durante las entrevistas al personal de turno, se pudo conocer que el Centro de salud Huancarani carece de equipos de diagnóstico médico modernos. Así, también, en muchos casos, se deben referir a los pacientes a los establecimientos médicos de la ciudad de Cusco para realizarles exámenes más exhaustivos (Entrevistado 3). En relación con la infraestructura, se afirmó:

“La infraestructura no es suficiente porque la población con el tiempo que ha pasado va aumentando, y no solamente tenemos pacientes del mismo lugar sino de Paucartambo y Pillcopata. A pesar de que también los centros de salud ahí son categoría I-4, pero sus pacientes prefieren venir aquí”. (Entrevistado 4)

Por otra parte, esta categoría de capacidad tiene como objetivo evaluar que los establecimientos cuenten con la cantidad necesaria de profesionales de salud para darse abasto en la atención de pacientes. Esto porque la falta de personal mínimo o de profesionales especialistas afectan la calidad del servicio que se brinda por parte de los centros. En el caso estudiado, todos los entrevistados coincidieron en que los profesionales que laboran en el establecimiento no son suficientes para el número de pacientes que utilizan los servicios. También mencionaron que hay días en los que no hay personal que maneje los equipos médicos. Sobre esto, se menciona:

“Antes se contaba con un solo médico, recién hace menos de un año que contamos con cuatro médicos y lo mismo pasa con licenciados y obstetras. Incluso así no se abastece la atención. Los médicos son médicos generales.”
(Entrevistado 4)

Adicionalmente, se puso atención a que se cuente con las especialidades correspondientes a la categoría I-4 del primer nivel de atención puesto que el Centro de salud Huancarani tiene dicha clasificación. Al igual que la falta de personal en general, se pudo conocer que un problema que afecta en gran medida al centro de salud evaluado es la ausencia de profesionales médicos que sean especialistas. Por poner un ejemplo, dos de los entrevistados dijeron:

“En el caso de personal, hay déficit. Por ejemplo, no contamos con nutricionista, tampoco contamos con químico farmacéutico y eso que es un establecimiento de nivel I-4 pero el servicio de farmacia no está cubierto con el personal técnico. En el caso de la orientación nutricional, nos encargamos las licenciadas.”
(Entrevistado 6).

“Este es un nivel I-4 y debería contar con pediatra, ginecólogo, entonces algunas especialidades. El déficit principal es en el personal, aparte de que no hay especialistas tampoco nos abastecemos con el personal de enfermería y obstetricia.” (Entrevistado 2)

Cuando se preguntó por posibles causas de la falta de personal y profesionales especializados, refirieron que el presupuesto otorgado no era suficiente pero que la responsabilidad de las contrataciones no recae sobre la jefatura del lugar sino sobre la Gerencia Regional de Salud de Cusco (Entrevistado 7). Estos factores expuestos limitan la capacidad del Centro de salud Huancarani como conjunto para responder a las necesidades de la población más vulnerable que suele tener carencias que agravan su salud.

Finalmente, durante las entrevistas en el establecimiento de Huancarani, se les consultó a los profesionales sobre la implementación del enfoque intercultural. Una de las entrevistadas considera que, si bien la acreditación la obtuvieron en el 2021, el centro viene adecuando culturalmente los servicios desde hace muchos años, aunque quizás en menor medida. Ella menciona que se vio la necesidad de esto debido que las comunidades nativas no solían acercarse a los servicios de salud porque el personal les causaba desconfianza. Así, desde el centro de salud se entiende que la interculturalidad en salud como conjunto mejora la salud de los usuarios al incrementar su acceso a esta.

A continuación, se presentarán los hallazgos encontrados en el segundo centro de salud estudiado por la investigación tomando como base para su explicación, también, las cinco categorías de evaluación ya antes comentadas.

4.2. La interculturalidad en el Centro de Salud Urcos

El Centro de salud Urcos está ubicado, como se mencionó anteriormente, en la provincia de Quispicanchi. Este establecimiento médico pertenece a la Red de salud Cusco Sur y a la Micro red de salud Urcos. Adicionalmente, es uno de los dos establecimientos de la provincia clasificados con la Categoría I-4. Como ya se mencionó, esto significa que debe contar con camas de internamiento, con servicios de diagnóstico médico y, también, que puede realizar intervenciones quirúrgicas de consulta externa. Como se observa, esta es la misma clasificación que la del Centro de salud en Huancarani. Su característica más relevante para el presente estudio es que no se encuentra acreditado por brindar servicios con pertinencia cultural.

Respecto al contexto, al igual que en la provincia de Paucartambo, la mayoría de la población de la provincia de Quispicanchi es quechua hablante y perteneciente a una comunidad nativa. De manera particular, el 91,2% de la población tiene como lengua materna el idioma quechua y el 89,5% se considera como perteneciente a una comunidad nativa. Específicamente, el distrito Urcos, donde se ubica el segundo centro de salud analizado, cuenta con 14 localidades de tipo andino. Por estas características de su entorno social y cultural, muy similares a las de la provincia de Huancarani, la Directiva Administrativa N°261 también es aplicable en su caso y resalta la necesidad de incluir el enfoque intercultural en los servicios de salud que este ofrezca. La interculturalidad será importante, también, en todas las acciones de salud que se realicen tanto dentro como fuera del centro.

Aquí, se pudieron realizar cinco entrevistas semiestructuradas al personal que se encontraba de turno en el día de la visita al establecimiento. Estas se llevaron a cabo con la participación de un médico, una obstetra, una técnica de diagnóstico y dos enfermeros. Por otro lado, con todas las personas entrevistadas se emplearon las mismas preguntas del cuestionario que en el caso de Huancarani. Como ya se mencionó, este formato se encuentra detallado en el Anexo B del documento. A partir de la información recopilada en las entrevistas y la observación que se pudo realizar en el establecimiento, se detallarán sus avances en materia de la implementación del enfoque intercultural en el ámbito de la salud.

Debido a que este es un centro de salud que no ha sido acreditado por seguir la normativa ya presentada, sería lógico esperar que no cumpla con la mayor parte de los criterios propuestos o que, por lo menos, su adopción de la interculturalidad se dé en menor medida que el establecimiento en Huancarani.

4.2.1. Gestión para la calidad de atención

En primer lugar, respecto a la gestión para lograr una atención de calidad, el Centro de salud Urcos realiza diagnósticos situacionales de la salud. Recordemos que esta categoría busca evaluar las acciones como conjunto que realiza el personal médico para garantizar una buena atención en salud intercultural hacia la población que se autoidentifica como indígena u originaria. Sin embargo, estos diagnósticos elaborados por el establecimiento de salud no tienen en consideración la variable cultural. Aquello es necesario para priorizar la atención y las salidas de campo hacia comunidades cuyo estado de salud se encuentre en una condición más deteriorada.

Por otro lado, el establecimiento no adecua su horario de atención a la realidad y las necesidades de los pacientes del grupo poblacional mencionado. Recordemos que cada pueblo indígena y comunidad tiene características particulares en su estilo de vida por lo que se debería facilitar su acceso a los servicios de salud. Este atiende, de manera general a toda la población, de lunes a sábado de 7 de la mañana a las 7 de la noche (Entrevistado 12). Este horario podría no ser el mejor para los pacientes de origen indígena porque, en muchos casos, sus actividades laborales como las de agricultura y ganadería les impiden acercarse a los centros de salud durante gran parte del día.

Como respuesta, el establecimiento de salud analizado debería establecer un horario diferenciado pensando en la disponibilidad de la población. Para esto, es

necesario promover la cooperación con los representantes de las comunidades nativas. Aquello, a su vez, reduciría las brechas de acceso a la salud que suele caracterizar al grupo poblacional. Cuando se preguntó respecto a la atención o diagnóstico diferenciado de la población nativa, uno de los entrevistados manifestó:

“Lo que se ha conseguido más que todo es que un poco dejen sus creencias porque, aquí en la zona, la población siempre está con la cuestión del chamán o curandero. Entonces, ahora, un poco han dejado eso con las visitas que algunas veces hacemos a sus comunidades. Respecto a las enfermedades predominantes, estas suelen ser por temporadas que en época de lluvia son las respiratorias y las diarreicas.” (Entrevistado 9)

Además, la inexistencia de un diagnóstico que considere el aspecto cultural impide que las atenciones y las campañas médicas sean más acertadas y tengan mayor alcance. Tomando como base el enfoque intercultural, las intervenciones diferenciadas dentro de las comunidades originarias deberían ser previamente coordinadas con los líderes de las localidades. Esto como parte del respeto a su derecho a decidir sobre las acciones de salud que tengan un impacto sobre ellos como grupo. El papel de los promotores de la salud sería importante en este sentido ya que son el nexo para que el establecimiento de Urcos tenga un diálogo constante donde la población pueda transmitir sus necesidades.

Por otro lado, al centrarse en la implementación de la interculturalidad en el ámbito de la salud, esta investigación resalta la importancia de adaptar culturalmente los diversos ambientes de los centros. Esto debido a que, como se expuso, esta acción mejora la experiencia de los pacientes durante su atención médica. Además, dependiendo de qué tan bien acondicionados estén los espacios para que guarden relación con la cultura y entorno local, el sentido de pertenencia que sentirán los usuarios del servicio hacia el establecimiento y los profesionales incrementará favoreciendo su frecuencia de uso.

En las entrevistas realizadas, algunos profesionales de la salud mencionaron que contaban con varios paneles de información, así como otros recursos para la debida señalética, traducidos en el idioma quechua (Entrevistado 10). No obstante, durante la visita como parte del estudio no se observó ninguno de estos carteles. Por el contrario, toda la información que es proporcionada a las personas, como la relacionada a la prevención de enfermedades de transmisión sexual y plan de vacunación para la población infantil, se encontraba en el idioma español.

Siguiendo con el mismo punto de la categoría, tampoco se encontraban a la vista imágenes que ayudaran a la ubicación de los pacientes dentro del edificio. A pesar de esto, y como un punto positivo, lo que sí se pudo observar fue que el establecimiento cuenta con bastante decoración alusiva a la cultura andina en todos los pasillos y consultorios a los que se tuvo acceso durante la visita. Esto es importante porque, como se mencionó, favorece la generación de confianza por parte de las personas hacia los profesionales de la salud y el centro en general mediante el desarrollo de un sentido de pertenencia. Como en el primer caso de Huancarani, tampoco se tenía imágenes que posibilitaran la ubicación en el centro considerando las implicancias del analfabetismo para la población indígena.

Para concluir, el análisis de la adopción del enfoque intercultural dentro de la gestión para la calidad de atención en este segundo centro médico permite determinar que los avances sobre esto en el caso de estudio son aún muy limitados.

4.2.2. Revaloración del sistema de salud tradicional

En lo referido a la revaloración del sistema tradicional de salud, se puede concluir a partir de las entrevistas realizadas y de la visita a los ambientes del establecimiento, que en el Centro de salud Urcos no se fomenta el sistema de medicina tradicional. De la misma forma, un ejemplo de esta premisa es que solo se practican determinadas costumbres o tratamientos de la medicina ancestral en los casos donde los pacientes exigen esto o se niegan a aceptar medicación y tratamientos de la medicina occidental.

Así, esto fue expresado durante una de las entrevistas:

“Nosotros podemos sugerir la medicina natural como alternativa a veces, pero no como antiguamente se hacía con chamanes, por ejemplo, limpiezas y eso. Nosotros nos basamos en la ciencia. A veces hay pacientes que no les gusta tomar medicación o mucha medicación entonces hay que darles alguna opción y se les dice que tomen algún mate.” (Entrevistado 9)

Recordemos que la directiva administrativa en la que se basa el indicador “Promoción de plantas medicinales en la atención” planteado para el análisis contempla la creación de un biohuerto dentro del establecimiento. En este ambiente, se debería contar con una diversidad de plantas que los médicos y enfermeros puedan utilizar como complemento de los medicamentos. A diferencia del Centro de salud Huancarani, en el Centro de salud Urcos no hay avances respecto a este punto. Parte

de la relevancia de este biohuerto es que los profesionales conozcan los múltiples usos de la diversidad de plantas para el tratamiento de patologías que se puedan presentar tomando en consideración el registro de síndromes y enfermedades culturales.

Pese a esto, en este segundo punto analizado sobre la percepción del sistema de salud tradicional, es posible afirmar que el uso de hierbas y ungüentos naturales no es aceptado por gran parte de los servidores que laboran aquí. Un ejemplo de esto es que todas las personas entrevistadas dentro del establecimiento coincidieron en que se prohibía el uso de plantas medicinales durante la labor de parto porque se cree que podría generar complicaciones. Uno de ellos comentó:

“En los casos, por ejemplo, de las madres gestantes no se usa porque a veces estos hacen que entren en labor de parto antes de tiempo o que se les complique el trabajo de parto. A ellas sí les prohibimos que nada de mates o frotaciones durante todo el embarazo.” (Entrevistado 10)

Igualmente, una de las preguntas que se hizo en las entrevistas estuvo referida a la promoción de procedimientos correspondientes al sistema de salud tradicional. Aquello contempla el respeto y fomento de las prácticas ancestrales que puedan traer beneficios para la población. Si bien todos manifestaron que se brinda el servicio de atención del parto mediante la técnica vertical, se pudo conocer que la mayoría de las madres gestantes optan por el parto horizontal gracias a las recomendaciones de otras usuarias o de los mismos especialistas.

“Se les da la opción si desean, pero muchas como ya es su segundo embarazo o sus mamás dieron a luz de forma horizontal aquí, deciden dar a luz así. Son muy pocas las gestantes que eligen el parto vertical pero sí tenemos el equipamiento para eso.” (Entrevistado 11)

Entonces, la presente investigación concluye que, en este establecimiento de salud se puede observar el respeto por el sistema de creencias y concepciones de los pacientes pertenecientes a las comunidades de origen indígena. Esto se muestra en la aceptación de algunas costumbres y prácticas de medicina tradicional. Sin embargo, el personal de salud del Centro de salud Urcos no concibe como igual de importante el sistema tradicional de salud que el sistema occidental. En este punto podría radicar la razón de que no se promueva su uso dentro de las instalaciones y que tampoco se visibilice a los agentes de medicina ancestral en comparación con el Centro de salud Huancarani.

4.2.3. Recursos humanos que promueven la salud intercultural

En relación a la existencia de recursos humanos que sean promotores de la salud intercultural, el Centro de salud Urcos como conjunto no prioriza el desarrollo de estas. Por esto, es razonable considerar que el personal médico que labora ahí carezca de las competencias interculturales necesarias. Algo que es de suma importancia cuando se atiende a personas pertenecientes a comunidades indígenas u originarias. Esto porque, según el enfoque intercultural, favorece la comunicación en igualdad de condiciones y libre de discriminación por cualquier índole.

Para empezar, durante las entrevistas realizadas en este establecimiento, se obtuvieron respuestas diversas en lo relativo a las capacitaciones que se imparten sobre la interculturalidad en las acciones de salud. Mientras que algunos de los servidores dijeron nunca haber recibido cursos o talleres sobre el tema, otros sí mencionaron que se daban de manera anual. El primer de estos puntos de vista es expresado por uno de los entrevistados de la siguiente manera:

“La verdad es que no. Las capacitaciones sobre otros temas, como la lactancia, que recibimos las tratamos de adaptar a la realidad que tenemos aquí en la localidad que como habitantes conocemos bien.” (Entrevistado 13)

Adicional a lo mencionado anteriormente, el desarrollo de competencias en materia de interculturalidad responde a la necesidad de reducir la desconfianza que suelen tener las personas de comunidades nativas hacia los profesionales de la salud. Esto como resultado de la existencia previa de una relación que se caracteriza por ser jerárquica donde es frecuente que predomine el papel del personal sanitario. Del mismo modo, el diálogo intercultural con los pacientes favorecería el incremento de su uso de los servicios médicos. Con esta finalidad, el centro de Urcos debería apoyarse en los representantes de las 14 comunidades que residen en la zona.

En segundo lugar, en lo relativo con la disponibilidad de herramientas que permitan vencer la barrera lingüística, es posible decir que la mayoría del personal de Urcos maneja el idioma quechua en un nivel básico. Como se presentó al inicio de este capítulo, la mayor parte de la población de la provincia de Quispicanchi tiene como lengua materna al quechua e, incluso, un grupo considerable no tiene un buen manejo del idioma español. En este punto radica la importancia de que los profesionales de la salud que brinden los servicios manejen el idioma de la zona en un nivel considerable.

Por otra parte, en el caso de este establecimiento de salud como en el de Huancarani, tampoco se ha planteado la contratación de un intérprete de la lengua nativa que labore de manera permanente en las instalaciones. Sin embargo, la dirección a cargo en el Centro de salud Urcos tampoco ha considerado necesaria la coordinación con el órgano regional correspondiente para que se imparta un curso al personal del centro sobre el tema. Respecto a esta cuestión del idioma, una de las personas entrevistadas expresó:

“Todos los profesionales tenemos un cierto grado de conocimiento del quechua que nos permite explicarles y entender a los pacientes. Hay algunos compañeros que son netamente quechua hablantes. Entonces ellos son quienes empiezan a hacer pequeños paneles en quechua para explicarles a las personas.” (Entrevistado 9)

Así, es posible afirmar que el conocimiento del quechua por parte de los profesionales médicos representa una gran ventaja para realizar su labor y constituye una herramienta valiosa para la atención de la población originaria. De la misma manera, la falta de esta reproduce la barrera lingüística actual e impide que se brinde un servicio adecuado a esta población. Debido a esto, la ausencia de avances sobre lo relacionado al desarrollo de recursos humanos que promuevan la salud intercultural en Urcos es preocupante.

4.2.4. Incorporación de la participación ciudadana

Esta cuarta categoría de estudio se basa en el argumento de que los establecimientos de salud que adopten la pertinencia cultural en sus servicios deben promover la participación constante de las comunidades originarias. Esto tanto durante los procesos de planificación e implementación, así como en los de monitoreo y evaluación de las actividades. De manera específica, es posible decir que la variable está enfocada en medir la disposición por parte de los centros como conjunto para incorporar la participación de la población en las acciones en salud. Aquello puesto que el Perú le reconoce a los pueblos indígenas u originarios como uno de sus derechos colectivos el poder decidir sobre las acciones de salud que afecten su calidad y estilo de vida.

En lo referente a este punto, se pudo conocer durante la investigación que el centro de salud Urcos sí cuenta con un grupo de personas que provienen de las comunidades y que han sido designadas por los gestores como promotores de la salud

(Entrevistado 11). También, es posible afirmar que existe una comunicación fluida y constante entre los trabajadores del establecimiento y estos actores. Aquello con la intención de coordinar las visitas mensuales a las comunidades y realizar campañas de despistaje y vacunación. Entonces, este presente estudio puede argumentar que la participación de la población indígena se da solo en el ámbito de la promoción de la salud porque no son incluidos en la planificación ni en el monitoreo de las demás acciones que ponga en práctica el centro.

Al respecto, una de las personas que fueron entrevistadas menciona:

“Tenemos promotores porque ahorita estamos en busca de ser un centro de salud importante en lo que es lactancia materna. Contamos con una lista de promotores y una lista de personas encargadas para que ellas sean quienes vayan convocando cuando vayamos a visitarlos o para cualquier duda o inquietud que a veces tiene la población y ya no vayan al curandero natural.”

(Entrevistado 12)

Siguiendo con el mismo punto, en el tema de la cooperación con representantes de las comunidades, esta se da solamente durante la realización de actividades extramurales y en campañas. No obstante, el establecimiento no consulta con estos actores sobre las acciones que se vayan a realizar en materia del ámbito de la salud. Si bien varios de los profesionales entrevistados confirmaron que su relación con ellos es buena, aceptan que la intervención de estos influenciaría de forma positiva a la aceptación del centro médico y de la oferta de servicios que se brinda entre la población (Entrevistado 10). Por otra parte, un ejemplo donde podría ser de utilidad la coordinación con los líderes de las comunidades es en la vacunación de los bebés y niños, como también en la prevención de otras enfermedades como la tuberculosis que es predominante en la zona durante las temporadas de bajas temperaturas.

Finalmente, este trabajo de investigación concluye que la diferencia en los avances relacionados con la incorporación de la participación ciudadana entre el Centro de salud Huancarani y el Centro de salud Urcos es muy notoria. En el siguiente capítulo, se discute sobre que uno de los factores que puede ser influyente en esto es la voluntad de los gestores locales y su actitud hacia los objetivos concretos de las políticas.

4.2.5. Capacidad resolutive

La última categoría de estudio denominada como capacidad resolutive busca, como ya se explicó, estudiar la aptitud de los establecimientos de salud para poner en práctica el enfoque intercultural. Igualmente, esta capacidad es definida por factores como la condición de las infraestructuras, el equipamiento médico y las medicinas disponibles. Ahora, en cuanto a la capacidad resolutive del establecimiento de salud Urcos para la implementación de una política de salud intercultural, se puede argumentar de manera general que esta es limitada.

En primer lugar, en referencia a la infraestructura con la que actualmente se dispone, es necesario que se mejoren algunos de los ambientes y que se construyan o acondicionen más espacios donde brindar atención a la población. Durante la visita realizada al centro, se observó que los pacientes realizaban largas colas durante horas para atenderse de manera ambulatoria. Ahora, considerando que varios de los pacientes residen en comunidades alejadas ubicadas a una hora aproximadamente del establecimiento, estas demoras en la atención implican la pérdida de todo un día laboral o el descuido de sus responsabilidades familiares.

El personal entrevistado coincide con este punto al manifestar lo siguiente:

“Como en todo centro siempre tenemos carencias, o sea nos falta a veces más ambientes para brindar las atenciones y servicios. Los ambientes donde brindamos ahorita los servicios están ampliados para que pueda ser más grande acoplando el pasadizo, por ejemplo.” (Entrevistado 9)

En segundo lugar, la variable de capacidad resolutive empleada tiene como otro de sus indicadores de estudio a la disponibilidad de recursos materiales para brindar una atención de calidad. En relación a los recursos y equipamiento médico que hay disponibles en este segundo centro analizado, se pudo conocer durante las entrevistas que es urgente el mantenimiento o la renovación de la gran mayoría de estos. Aquí se ponía especial énfasis sobre los equipos que son utilizados para realizar diagnósticos médicos.

Lo anterior es expresado por uno de los profesionales de la siguiente forma:

“En el caso de los equipos, son muchas veces antiguos, tenemos un ecógrafo que ya se debería renovar. En cuanto al personal, actualmente sí se cuenta con la cantidad necesaria para afrontar las atenciones, pero no son especialistas.” (Entrevistado 13)

En este último punto referido a la disponibilidad de personal médico, y a pesar de lo que se dijo en la entrevista anterior, todos los demás profesionales coinciden en que no se dan abasto con el número de pacientes que acuden al establecimiento. Esto pudo ser comprobado porque, como se mencionó en los párrafos anteriores, durante la visita al centro se observó que las personas hacían largas colas que eran resultado, tanto de la falta de ambientes adecuados, como de la falta de personal. De forma específica, esto tuvo como consecuencia que se brindara atención médica en un solo consultorio a una mayor cantidad de pacientes.

Adicionalmente, y de la misma manera que en su par ubicado en la provincia de Huancarani, los médicos que laboraban en el centro no son especialistas sino médicos generales. Una de las posibles razones para esto pudo ser conocida a partir de la entrevista llevada a cabo con uno de los técnicos de Urcos:

“Solamente hay médico general aquí, especialistas no mucho porque a veces tampoco hay el requerimiento, sino que más bien coordinamos con los hospitales para su atención. Acá por ser categoría I-4 deberíamos contar con un cirujano, pero a veces la necesidad de que ellos operen es una vez a la semana.” (Entrevistado 11)

Para finalizar la presente investigación, y partiendo del análisis realizado hasta este punto sobre la implementación de la interculturalidad en salud dentro de los Centros de salud Huancarani y Urcos, se planteará una comparación de ambos casos. El entendimiento de las similitudes y diferencias entre ellos parte de la consideración de las cinco categorías de estudio en las que se basó la recopilación de información durante las entrevistas. Este ejercicio sirve como base para, en el próximo capítulo, identificar las situaciones y los factores que influyeron sobre el proceso evaluado, favoreciendo o entorpeciendo así la implementación de una política intercultural de salud.

En primer lugar, sobre la categoría de gestión para la calidad de atención, en ambos centros se le da importancia a la elaboración de diagnósticos situacionales para conocer el estado de salud de la población; no obstante, solo en Huancarani se tiene en cuenta la variable cultural. Esto permite que se desarrolle intervenciones diferenciadas para la población de las localidades indígenas respondiendo de manera más acertada a sus necesidades. Quizás esto explica que este establecimiento de salud, también, fue el único donde se adecuó el horario de atención a la realidad local. Por otro lado, en las instalaciones de Urcos, a diferencia de Huancarani, tampoco se

vio señalética en las puertas de los consultorios en quechua y en ninguno de los dos centros médicos se encontraron carteles o folletos informativos para la promoción de la salud en el idioma local.

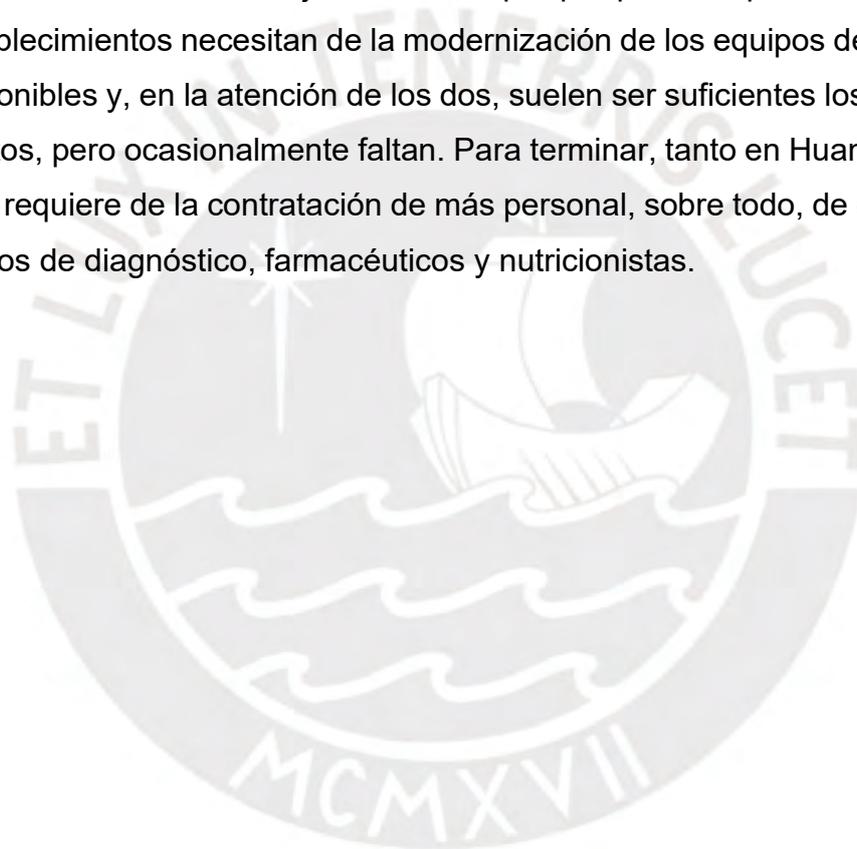
Por lo que se refiere a la revaloración del sistema tradicional de salud, el estudio argumenta que en el Centro de salud Urcos se respeta la medicina ancestral en cierta medida, pero no se revalora su uso ni se contemplan sus beneficios para la salud de los pacientes como en Huancarani. Una muestra de esto es que el segundo cuenta con un biohuerto dentro de sus instalaciones donde hay plantas que recomiendan en forma de ungüentos e infusiones; mientras que, en el primero, solo se aconseja el uso de la medicina tradicional cuando los usuarios se niegan a tomar medicamentos. Al mismo tiempo, ambos establecimientos han adecuado la atención del parto en forma vertical por lo que cuentan con el equipamiento y los conocimientos necesarios, pero solo en el Centro de salud Huancarani se promueve logrando incluso ser uno de los referentes a nivel regional y nacional. Adicionalmente, es importante señalar que este establecimiento ha logrado la creación de una casa materna anexa.

En tercer lugar, acerca de la existencia de recursos humanos que promuevan la salud intercultural, se encontraron discrepancias en ambos centros médicos sobre la frecuencia, o la realización en sí, de capacitaciones que tengan como eje temático a la interculturalidad y su aplicación para la salud. Por otra parte, la mayor parte del personal sanitario de los dos establecimientos maneja el idioma quechua, aunque en diferentes niveles. En Huancarani, casi todos los profesionales tienen un conocimiento intermedio de la lengua lo cual les permite comunicarse de manera efectiva con los usuarios del servicio. Esto porque la mayoría proviene del mismo distrito y tuvieron como lengua materna también al quechua, pero, además, se les impartió un curso. En cambio, en Urcos, los trabajadores han alcanzado un nivel básico en el manejo del quechua y no se ha contemplado dar un taller. Finalmente, en ninguno se contrató un intérprete que ayude en la comunicación entre personal y pacientes.

Con relación a la categoría de estudio sobre la participación ciudadana, en ambos centros se coopera con la población por medio de los actores denominados como promotores de la salud, pero en distintos niveles de las actividades para la sanidad. Tanto en el Centro Huancarani como en el Centro Urcos, los promotores sirven de nexo entre los profesionales de la salud y las localidades indígenas que representan para coordinar las visitas mensuales y campañas de promoción. Solo en el primero se aprovechan estas salidas para reunirse con los jefes de las comunidades

y, de igual forma, organizar un intercambio de conocimientos con los agentes de la medicina tradicional. Por esto, es posible argumentar que la participación ciudadana en Huancarani incluye varias esferas además de la promoción en salud como la planificación y el monitoreo del establecimiento; pero, en Urcos, esta se reduce solo al ámbito de la promoción.

Por último, sobre la capacidad resolutive de los centros de salud para adoptar el enfoque intercultural, ambos tienen deficiencias, pero el estado del Centro de Salud Urcos es más grave. Esto debido a que, para empezar, las instalaciones del Centro de Salud Huancarani tienen mayor capacidad para la atención de los pacientes de la zona y se encuentra en una mejor condición porque pasaron por una renovación. Ambos establecimientos necesitan de la modernización de los equipos de diagnóstico médico disponibles y, en la atención de los dos, suelen ser suficientes los recursos de medicamentos, pero ocasionalmente faltan. Para terminar, tanto en Huancarani como en Urcos se requiere de la contratación de más personal, sobre todo, de especialistas como técnicos de diagnóstico, farmacéuticos y nutricionistas.



Capítulo 5. Factores que influyen en la implementación del enfoque intercultural

Uno de los objetivos que se planteó la presente investigación es reconocer los factores que facilitaron o entorpecieron la implementación del enfoque intercultural como política pública en los centros de salud de la región Cusco. Con esta finalidad, en el capítulo anterior, se realizó una evaluación del proceso en dos establecimientos que, desde lo normativo, deberían tener distintos niveles de la implementación del enfoque. Posteriormente, se presentó una comparación resaltando las similitudes y diferencias halladas entre los centros de salud Huancarani y Urcos. A partir de este ejercicio, se formulan un conjunto de componentes que pueden servir para explicar los hallazgos encontrados durante el trabajo de campo.

Para empezar con dicho análisis, la investigación de esta tesis concluye que, como se esperaba desde sus inicios, el grado o nivel de implementación del enfoque intercultural en el Centro de Salud Huancarani sí es mayor que en el Centro de Salud Urcos. Como se mencionó en la sección introductoria, ambos establecimientos de salud pertenecen al primer nivel de atención y están clasificados con la Categoría I-4. También, es relevante señalar que ambos tienen un entorno social similar ya que se encuentran en provincias altoandinas y la población atendida comparte características lingüísticas y culturales por su origen indígena. Por tanto, la Directiva Administrativa N°261 es aplicable para los dos casos pues promueve la inclusión del enfoque en todos los establecimientos de salud que atiendan a población indígena u originaria.

La finalidad de la tesis era analizar la etapa de implementación más allá de saber superficialmente si un centro tiene una certificación o no; sino establecer los criterios y circunstancias bajo los cuales se consiguió esta acreditación. Asimismo, el estudio comparado de dos casos permite entender de mejor manera por qué, en el caso de Urcos, no se optó por la acreditación. Por su parte, el análisis del caso de Huancarani tiene como motivación principal observar qué tanto el enfoque ha penetrado en las acciones en salud y hasta qué punto se cumplen con los objetivos iniciales de la directiva.

Ahora, el análisis realizado nos lleva a determinar que el establecimiento sin acreditación tiene avances en interculturalidad que no fueron contemplados en un principio pues no pone en práctica las normativas establecidas en los últimos años. De esta manera, la premisa mencionada implica que la diferencia entre ambos centros respecto a sus avances es más reducida de lo esperado. En las siguientes líneas, se

expondrá sobre los factores que el estudio ha identificado como influyentes sobre el proceso de implementación para ambos casos.

Primero, el presente trabajo de investigación considera que el Centro de salud Huancarani tiene un mayor nivel de implementación del enfoque intercultural debido a que sigue con los estándares y criterios establecidos en la Directiva Administrativa N°261 del Ministerio de Salud. De acuerdo con la literatura comparada consultada para este trabajo, la implementación de una política pública será determinada en gran medida por su proceso de formulación (Sabatier y Mazmanian, 1993). En particular, depende de que las políticas establezcan coherentemente desde su diseño los procedimientos mediante los cuales se pondrán en práctica. Esto, a su vez, ayuda a evitar que se alteren las metas establecidas en la formulación reduciendo como consecuencia las denominadas brechas de implementación.

Para estos dos casos estudiados, la normativa existente especifica de manera clara y concisa las acciones que todos los establecimientos del primer nivel de atención deben llevar a cabo para adaptar la interculturalidad en sus diversos servicios. Así, seguir con los puntos estipulados en la normativa facilitaría la ejecución del enfoque intercultural como política pública referida al ámbito de la salud. Sin embargo, esto a su vez depende directamente de las decisiones y la voluntad de los profesionales que laboran en los establecimientos médicos. Como se explicará en las siguientes líneas, la gestión del personal de Huancarani puso como una de sus prioridades la acreditación del centro y, por tanto, se tomó como base para todas sus acciones a la normativa estipulada. De manera paralela, en el caso de Urcos, la dirección tuvo un menor interés por participar de este proceso de certificación y, como consecuencia, sus incentivos para adoptar el enfoque intercultural son menores.

Continuando con este argumento, durante las entrevistas en el Centro de salud ubicado en Huancarani, se le preguntó al personal médico sobre quiénes habían sido los actores que impulsaron la inclusión del enfoque intercultural en el ámbito de la provisión de servicios de salud y estos indicaron que fueron ellos mismos. Por ejemplo, el Entrevistado 1 mencionó:

“En la realidad local de acá de las comunidades, vimos que la mayoría, por ejemplo, en lo que es el parto, optan por el parto vertical. Entonces viendo que no se ha perdido esas costumbres y como en el centro atendemos muchos partos, se decidió revalorar e incentivar estas prácticas capacitándonos.”

Del mismo modo, se conoció que el establecimiento venía empleando la mirada intercultural incluso desde antes de obtener su acreditación. Esto porque el personal médico notó que una gran parte de la población no se acercaba al centro de salud por la desconfianza que este les provocaba. En relación a esto, Stein, Tommasi et al resaltan la importancia de que los intereses particulares de los actores locales que participan en el proceso de implementación se alineen con los objetivos de la política a ejecutar para que estos puedan ser mantenidos a lo largo del tiempo (2006).

En este caso, los profesionales de salud que pueden ser entendidos como gestores a nivel local tenían como objetivo que se incremente el uso de los servicios ofrecidos por parte de la población. Un gran porcentaje de este grupo, a su vez, se caracteriza por su identificación como parte de un pueblo indígena u originarios. Por esto, es posible afirmar que tuvieron una mayor disposición para conocer la relevancia del sistema tradicional de salud y para incorporarlo tanto dentro como fuera de sus instalaciones. Igualmente, este contexto ayudó a que se resaltara la importancia de incluir la participación de la población y sus representantes en todas las acciones que se vayan a realizar en favor de su salud como colectivo.

La investigación considera que, en contraste, aunque en el establecimiento de la provincia de Urcos se demuestre el respeto por la cultura de la población, esto no pasa por una verdadera revaloración del sistema tradicional de salud y por tanto no se busca destacar sus prácticas como beneficiosas para los usuarios. Aquel punto se puede observar en la siguiente entrevista:

“Nosotros podemos sugerir la medicina natural como alternativa a veces, pero no como antiguamente se hacía con chamanes, por ejemplo, limpiezas y eso. Nosotros nos basamos en la ciencia. A veces hay pacientes que no les gusta tomar mucha medicación entonces hay que darles alguna opción y se les dice que tomen algún mate.” (Entrevistado 9)

De este escenario general se desprende que la voluntad de los mismos servidores públicos que laboran en el Centro de salud Huancarani, actuando en favor de la población indígena u originaria e incluyendo aspectos de su cultura en la atención médica, favoreció la adopción de la interculturalidad como política pública. De igual manera, tuvo como consecuencia favorable que sea uno de los primeros centros a nivel nacional en obtener la certificación ya mencionada. El punto más resaltante para la presente investigación es que, en casos donde se tenga a gestores más interesados por el tema de fondo y que además cuenten con conocimientos previos, se facilitará

la realización de las actividades necesarias para ejecutar una política intercultural de salud.

Al mismo tiempo, se argumenta que otro factor que influyó tanto positiva como negativamente en la implementación del enfoque intercultural en los establecimientos de salud de Cusco fue la relación que había entre el personal médico y la población atendida. Durante la revisión de otros casos donde se incluyó la interculturalidad, se pudo conocer que la existencia de una relación jerárquica entre los encargados de poner en práctica las directivas y la población que sería afectada tiende a impactar negativamente en el proceso mismo (Cabrera, 2020). Esto es especialmente relevante en la provisión de servicios públicos donde se tiene un trato constante porque reduce la confianza que las personas tienen en los servidores.

Durante las visitas a ambos centros y las entrevistas realizadas en estos, se pudo observar que la relación entre los profesionales de la salud en Huancarani y sus pacientes se da de forma horizontal pues consideran al sistema tradicional de salud, que es parte de su cultura, como igual de valioso que la medicina occidental. Por ejemplo, las obstetras permiten que la persona que sea acompañante de la madre gestante durante la labor de parto les aplique ciertas pomadas que son elaboradas de forma natural para contrarrestar dolores que comúnmente son provocados por las contracciones. De igual manera, uno de los especialistas entrevistados mencionó lo siguiente:

“Durante el parto, se les dice a las madres que tomen sus mates o hierbas para que eso les ayude con los dolores. Además, tenemos el huerto donde hay las plantas tradicionales de la región que podemos utilizar para hacer ungüentos para frotaciones.” (Entrevistado 1)

Si bien en el caso del centro en Urcos no se observó que se desarrollara una relación jerárquica entre los proveedores y los usuarios de los servicios, sí es posible mencionar que los primeros generalmente no reconocen la trascendencia de sus prácticas ancestrales en igual medida. Un ejemplo de esto es que todas las personas entrevistadas dentro del establecimiento coincidieron en que se prohibía el uso de plantas medicinales, ya sea como infusiones o ungüentos, durante el trabajo de parto porque se cree que podría generar complicaciones para la madre y el infante. Por otro lado, no se promueven prácticas de medicina tradicional como el parto vertical.

En cuarto lugar, las demandas por parte de grupos sociales constituyen una motivación importante para la implementación del enfoque intercultural. Como se

mencionó, la adopción de esta perspectiva en Huancarani surgió a partir de la búsqueda del personal médico para incrementar el uso de los servicios por parte de los pueblos indígenas u originarios que habitan en la zona. No obstante, también se conoció que los representantes de cada comunidad promovían y demandaban que se les incluya en la toma de decisiones respecto a las acciones en salud que el establecimiento lleve a cabo. Estos pedidos por parte de los actores sociales respecto a cambios en favor de sus derechos y necesidades representan un gran incentivo hacia los gestores para poner en práctica normativas como la Directiva N°261. Así, la ausencia de actores y de representantes comunitarios en Urcos que reclamen la adopción de la interculturalidad en salud es uno de los factores que explican los limitados avances en esta materia dentro del centro de salud.

También, a partir de las visitas a las provincias donde se ubican los establecimientos, es posible argumentar que uno de los factores que hizo necesaria la inclusión de la interculturalidad en los centros de salud fue la barrera lingüística existente. Por un lado, en el distrito de Urcos, hay un mayor porcentaje de población que maneja el idioma español además del quechua. Esto porque existe un alto tránsito de personas provenientes de otras provincias y de turistas por la zona. En comparación con esto, en el distrito de Huancarani, la mayoría de la población tiene un menor nivel de manejo del español. Aquello implica que los servicios de salud deban darse necesariamente en el idioma quechua que maneja la mayoría. Este componente está muy ligado con el otro factor de la voluntad de los gestores ya que, en uno de los casos, sirvió como motivación para buscar que se impartiera un taller; mientras que en el otro no hizo gran diferencia.

Otra muestra de la diferencia en el acceso a los dos establecimientos y en el tránsito de personas es que, si bien ambas provincias se encuentran a la misma distancia aproximada desde la ciudad de Cusco, la movilidad para llegar a Urcos consiste en buses que circulaban de manera frecuente. Por otra parte, para llegar al distrito de Huancarani, se debe tomar múltiples vehículos o incluso esperar que haya taxis colectivos disponibles los cuales son más difíciles de encontrar. Asimismo, durante las visitas, se pudo observar que la cantidad de personas que viajaban a la provincia de Quispicanchi donde se ubica el establecimiento de Urcos es mayor que en la provincia de Paucartambo donde se ubica el centro Huancarani.

Para finalizar, el estudio plantea el argumento de que las diferencias en la implementación del enfoque entre ambos centros de salud no son mayores porque los

dos tienen carencias estructurales que se traducen en una limitada capacidad para poner en práctica la interculturalidad como política pública. En primer lugar, es necesario reconocer que el estado actual de la infraestructura del Centro de salud Huancarani se encuentra en un mejor estado y, por tanto, es posible notar que tiene una mayor capacidad para la atención de los pacientes que el Centro de salud Urcos. Sin embargo, ambos establecimientos necesitan que se renueve su equipamiento médico pues es común que se derive a los pacientes hasta la ciudad Cusco para lograr diagnósticos más precisos.

Por otro lado, se pudo conocer que la mayoría de redes de salud en el departamento analizado tienen la urgente necesidad de que se incremente los recursos otorgados por las instancias regionales correspondientes a la adquisición de recursos médicos y medicinas. Por último, uno de los aspectos más relevantes es la falta de profesionales de la salud y de especialistas para brindar una atención de calidad. En relación con la urgencia de incrementar la cantidad de personal en Huancarani, una de las personas entrevistadas expresó:

“En el caso de personal, hay déficit. Por ejemplo, no contamos con nutricionista, tampoco contamos con químico farmacéutico y eso que es un establecimiento de nivel I-4 pero el servicio de farmacia no está cubierto con el personal técnico. En el caso de la orientación nutricional, nos encargamos las licenciadas.” (Entrevistado 6).

Así, a pesar de los avances conseguidos por ambos centros médicos y de las diferencias encontradas en sus niveles de implementación, todavía hay elementos comunes que dificultan el futuro desarrollo de mejoras en la adopción de acciones de salud desde el enfoque intercultural. Por esto, si bien la presente tesis se centra en el tema de la interculturalidad, también resalta que una buena implementación requiere de capacidad mínima para la prestación de los servicios. En la comparación realizada se concluyó que al centro de salud acreditado por cumplir con los estándares de la Directiva N°261, el establecimiento de Huancarani, tiene un nivel de implementación del enfoque mayor que el centro no acreditado que viene a ser Urcos.

Pese a lo expuesto en las líneas anteriores, los avances en interculturalidad, y la certificación en general, no deben ocultar que hay una problemática común relacionada con deficiencias estructurales en el país. Así, el proceso de implementación del enfoque intercultural en el sector salud, y el consecuente desarrollo de un sistema intercultural de salud en el Perú, no depende solo de que

cada caso tenga las condiciones propicias sino también de mejorar la capacidad general del sistema de salud y del aparato estatal. Solo de esta manera se podrá mejorar su respuesta antes las necesidades sanitarias de la población.

A continuación, se presentarán algunas de las conclusiones a las que llegó el trabajo de investigación sobre el proceso de implementación. Entre ellas se detallan los factores que se determinó como relevantes para considerar durante esta etapa del ciclo de políticas. Estos son la capacidad del aparato estatal y sus gestores locales, la voluntad de estos gestores para poner en práctica las políticas, la presencia de actores que canalicen las demandas sociales y la existencia de directivas concretas sobre cómo ejecutar las políticas. Finalmente, se desarrollan algunas reflexiones sobre el tema de fondo y sus implicancias para el estudio de políticas en general, así como para políticas interculturales de salud.



Conclusiones

Los Pueblos Indígenas u Originarios del Perú se encuentran en una situación de vulnerabilidad porque enfrentan una constante discriminación y exclusión como resultado de la desigualdad. Uno de los ámbitos donde se reproduce esta desigualdad y afecta el ejercicio de sus derechos como colectivo es el de la salud. Así, el estudio partió de la premisa de que la salud de los pueblos indígenas se encuentra deteriorada porque el grupo no tiene acceso a servicios que implementen el enfoque intercultural. Como respuesta a esta problemática, el Estado peruano viene realizando esfuerzos para crear políticas interculturales de salud que tomen como base las características particulares provenientes de la cultura de la población atendida. Uno de los avances más resaltantes es la publicación de la Política Sectorial de Salud Intercultural y la Directiva Administrativa N°261 que permitieron la acreditación de 29 establecimientos de salud sobre la provisión de servicios con pertinencia cultural.

Sobre la base de esto, la presente investigación tenía como objetivo analizar el estado actual de la implementación del enfoque intercultural en los establecimientos de salud de Cusco. De manera específica, se buscaba determinar las diferencias en materia de salud intercultural entre un centro de salud acreditado como pertinente culturalmente y un establecimiento sin acreditación. Con esta finalidad, se realizó una evaluación del proceso de implementación en ambos establecimientos mediante la utilización de cinco categorías cuya información fue recogida en entrevistas realizadas al personal de salud. Mediante el análisis, se encontró que el grado de adopción del enfoque intercultural en el Centro de Salud Huancarani es mayor que en el Centro de Salud Urcos, aunque no con la diferencia que se esperaba ya que el primero tenía la certificación antes mencionada.

Por un lado, las principales diferencias fueron las referidas a la revaloración del sistema tradicional de salud. Mientras que en Huancarani se le da importancia a la utilización de plantas medicinales, se rescatan ciertas prácticas ancestrales y se promueve el intercambio de conocimientos con agentes de medicina tradicional; en Urcos solo se indica el uso de plantas cuando los pacientes lo exigen y la cooperación con los actores que representan a las distintas comunidades nativas se reduce a la promoción de la salud. Por otro lado, se encontraron similitudes en cuanto al manejo del idioma local por parte del personal de salud y, sobre todo, en lo referido a la

limitada capacidad resolutive de ambos establecimientos como consecuencia de carencias en materia de recursos y personal asignado.

A partir de la evaluación de estos casos, se reconocieron algunos factores que influyeron sobre el proceso de implementación en los establecimientos de salud determinando que en uno se avance más que en el otro. En primer lugar, se encontraron algunos componentes que propiciaron la implementación del enfoque intercultural. En la literatura comparada, se resalta la importancia de que las políticas establezcan coherentemente desde su diseño cómo se pondrán en práctica (Sabatier y Mazmanian, 1993). La información obtenida en esta investigación coincide en que la existencia de una directiva clara sobre las actividades a realizar para la adecuación de los servicios desde la interculturalidad favorece la implementación porque sirve de guía para los gestores que ejecutan la política.

También, se suele afirmar que la disposición de los actores locales para llegar a acuerdos que puedan ser sostenidos en el tiempo es necesario para que se formulen buenas políticas públicas (Stein, Tommasi et al, 2006). A partir del análisis realizado sobre ambos casos de estudio, es posible decir que la adopción de la interculturalidad y su mantenimiento depende en gran medida de la voluntad del personal médico y de la relación que tenga con la población atendida. Asimismo, la articulación de las demandas sociales por parte de los pueblos indígenas a través de sus representantes es un incentivo importante para la inclusión del enfoque. Igualmente, en el caso particular de Huancarani, la barrera lingüística entre los pacientes y los profesionales de la salud constituye una motivación para la implementación de la interculturalidad.

Finalmente, el factor principal que entorpeció la inclusión de la interculturalidad en los servicios de salud de ambos establecimientos analizados fue su limitada capacidad resolutive. Weatherly y Lipsky argumentan que es trascendental para el proceso de implementación de políticas que los servidores públicos cuenten con capacidad que es entendida como la disposición de los recursos necesarios para coordinar, monitorear y evaluar la ejecución de las directivas (1977). Como se explicó en el capítulo anterior, la falta de recursos referidos a la infraestructura y el equipo médico condicionaron la competencia del personal para brindar una atención de calidad y poner en práctica el enfoque intercultural. Igualmente, la falta de profesionales de la salud en general y especialistas impidió que se atiende a la población exitosamente.

Conviene subrayar que, según el análisis realizado, la implementación de la interculturalidad en salud incrementa el uso y la aceptación de los servicios ofrecidos por parte de la población que se identifica como indígena. Esto reduce las brechas de acceso a la salud que caracteriza a las comunidades nativas y, por tanto, mejoraría su calidad de vida como grupo. Paralelo a esto, el estudio argumenta que la participación ciudadana es necesaria para que los pueblos indígenas u originarios confíen en los profesionales de la salud y las intervenciones que desarrollan tengan éxito. Así, también, incluir aspectos como la variable cultural o étnica permite desarrollar diagnósticos más exactos que sirven para determinar los factores subyacentes que afectan la salud.

Por aspectos como la diversidad cultural, es necesario que la implementación de políticas en el Perú contemple la relevancia de los actores locales. Sobre todo, en la provisión de servicios públicos donde deben tener los conocimientos necesarios y estar comprometidos con respetar los derechos de la población y brindar una atención de calidad. Así mismo, es de suma importancia que se realicen mejoras estructurales en todo el sistema de salud, priorizando las zonas donde vive la población más vulnerable, ya que este suele caracterizarse por la precariedad.

De forma general, el estudio de esta tesis visibiliza que, en el caso del Perú, el papel de los gestores locales de las políticas y los entornos sociales donde resalta la sociedad civil organizada son componentes que pueden ayudar o dificultar al proceso de implementación. No obstante, su alcance para facilitar la ejecución de políticas es limitado ya que factores estructurales como la capacidad entendida como la presencia de burócratas preparados y de la disponibilidad de los recursos pueden llegar a pesar más.

Referencias bibliográficas

- Aguilar Mori, B. (2021). *Del papel a la realidad: Los factores que limitan la implementación de las políticas de lucha contra la anemia infantil en la región Amazonas* [Tesis de Licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Perú].
- Aliaga, G. (2014). *Avances, desafíos y oportunidades hacia la construcción de una política de salud intercultural en el Perú*. Lima: UNMSM.
- Alza, C. y Zambrano, G. (2015). *Pueblos Indígenas y establecimiento de agenda: Cambios en la estructura institucional en el Estado Peruano*. Lima: Escuela de Gobierno PUCP.
- Cabrera Merino, S. (2020). *Incorporando la interculturalidad: Una mirada a la estrategia sanitaria de parto vertical institucional en el Hospital de Santa María de Nieva* [Tesis de Licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Perú].
- Campos, R. (2013). *Políticas públicas en salud intercultural: Avances, retos y perspectivas*. [diapositivas]. México: Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de México.
- Centro Nacional de Salud Intercultural (2012). *Plan general de la estrategia sanitaria nacional: Salud de los pueblos indígenas*. Lima: Ministerio de Salud - Instituto de Salud.
- Centro Nacional de Salud Intercultural (2013). *Plan de consulta: Política sectorial de salud intercultural*. Lima: Ministerio de Salud - Instituto de Salud.
- Centro Nacional de Salud Intercultural (2014). *Diálogo intercultural en salud: documento técnico*. Lima: Ministerio de Salud - Instituto de Salud.
- Centro Nacional de Salud Intercultural (2019). *Política sectorial de salud intercultural*. Lima: Ministerio de Salud - Instituto de Salud.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2014). *Los pueblos indígenas en América Latina: Avances en el último decenio y retos pendientes para la garantía de sus derechos*. Santiago de Chile: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía - CEPAL.
- Correa, N. (2011). *Interculturalidad y políticas públicas: una agenda al 2016. Economía y Sociedad, 77*. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Dirección de Pueblos Indígenas u Originarios (2018). *Directiva Administrativa para la Adecuación de los Servicios de Salud con Pertinencia Cultural en el Primer Nivel de Atención*. Lima: Ministerio de Salud - Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública.
- Elmore, R (1980). *Backward Mapping: Implementation Research and Policy Decisions. Political Science Quarterly, 94(4), 601-616*.

- Falleti, T. y Lynch, J. (2009). *Context and Causal Mechanisms in Political Analysis*. En: *Comparative Political Studies*, 42, 1143-1166.
- Grindle, M. S. (2009). "La brecha de la implementación". En F. Mariñez Navarro y Vidal Garza Cantú (coord.). *Política Pública y Democracia en América Latina. Del análisis a la implementación*. México: EGAP, Tecnológico de Monterrey, CERALE.
- Hasenfeld, Y. y Brock, T. (1991). Implementation of social policy, revisited. *Administration & Society*, 22(4), 451-479.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (2021). Perú: Perfil de la Población en Situación de Vulnerabilidad Económica a la Pobreza Monetaria, 2019-2020.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (2018). Perú: Resultados definitivos de los Censos Nacionales 2017. XII de Población, VII de Vivienda y III de Comunidades Indígenas.
- Lip, C. y Rocabado, F. (2005). *Determinantes sociales de la salud en Perú*. Cuadernos de promoción de la salud n°17. Lima: Ministerio de Salud, Universidad Norbert Wiener y Organización Panamericana de la Salud.
- Lipsky, M. (1980). *La burocracia al nivel de la calle: los dilemas del individuo en la función pública*. Russell Sage Foundation.
- Ministerio de Cultura (2013). *Enfoque Intercultural para la Gestión Pública: Herramientas conceptuales*. Lima: Ministerio de Cultura.
- Ministerio de Cultura (2014). *Enfoque Intercultural: Aportes para la Gestión Pública*. Lima: Ministerio de Cultura.
- Ministerio de Cultura (2015). *Servicios públicos con pertinencia cultural. Guía para la aplicación del enfoque intercultural en la gestión de servicios públicos*. Lima: Ministerio de Cultura.
- Ministerio de Cultura (2017). *Política Nacional para la transversalización del enfoque intercultural*. Lima: Ministerio de Cultura.
- Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (2010). *Índice de Desarrollo Social: Propuesta de cálculo del Índice de Desarrollo Social a nivel nacional y departamental*. Lima.
- Ministerio de Salud (2014). *Avances y retos para la incorporación de los Derechos Humanos, género e interculturalidad en salud*. Lima.
- Organización de las Naciones Unidas (2007). *Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los Pueblos Indígenas*.
- Organización Internacional del Trabajo (2013). *Comprender el Convenio sobre pueblos indígenas y tribales, 1989 (núm. 169). Manual para los mandantes*

tripartitos de la OIT. Departamento de Normas Internacionales del Trabajo - OIT.

- Organización Mundial de la Salud (2008). *Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud.
- Pintado Estela, I. (2016). *La implementación de políticas públicas en salud para los pueblos indígenas de Santa María de Nieva en Amazonas: la tensión entre la atención al VIH-SIDA y el enfoque intercultural* [Tesis de Maestría, Pontificia Universidad Católica del Perú].
- Pressman, J. y Wildavsky, A. (1973). *Implementación. Cómo grandes expectativas concebidas en Washington se frustran en Oakland*. México: Colegio Nacional de Ciencias Políticas y Administración Pública, Fondo de Cultura Económica.
- Sabatier, P. y Mazmanian, D. (1993). La implementación de la Política Pública: un marco de análisis. En L. Aguilar (Comp.), *La implementación de las políticas* (pp. 323-372). México DF: Miguel Ángel Porrúa.
- Sánchez, P. e Higuera, D. (2018). Formación de políticas públicas para la garantía de derechos humanos. *Pensamiento Americano*, 11(21), 26-44.
- Stein, E., Tommasi, M., Echebarría, K. y Payne, M. (Coord.) (2006). *La política de las políticas públicas. Progreso económico y social en América Latina*. Informe 2006. Cambridge: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Weatherly, R. y Lipsky, M. (1977). Street-level bureaucrats and institutional innovation: Implementing special education reform. *Harvard Educational Review*, 47, 171-197.
- Zambrano G. (2020). *Pragmatización de un derecho humano. El caso de la implementación del derecho a la consulta previa a pueblos indígenas en el Perú*.
- Zittoun, P. (2014). *The political process of policy making. A Pragmatic Approach to Public Policy*. (Introduction y conclusions). Palgrave macmillan.

Anexo A

Tabla 1*Lista de entrevistados*

ENTREVISTA	CARGO	FECHA
Entrevistado 1	Obstetra del Centro de Salud Huancarani	08/09/2023
Entrevistado 2	Doctor del Centro de Salud Huancarani	08/09/2023
Entrevistado 3	Interno del Centro de Salud Huancarani	08/09/2023
Entrevistado 4	Enfermera del Centro de Salud Huancarani	08/09/2023
Entrevistado 5	Enfermera del Centro de Salud Huancarani	08/09/2023
Entrevistado 6	Enfermera del Centro de Salud Huancarani	08/09/2023
Entrevistado 7	Enfermera del Centro de Salud Huancarani	08/09/2023
Entrevistado 8	Enfermera del Centro de Salud Huancarani	08/09/2023
Entrevistado 9	Doctor del Centro de Salud Urcos	13/09/2023
Entrevistado 10	Obstetra del Centro de Salud Urcos	13/09/2023
Entrevistado 11	Técnica de diagnóstico del Centro de Salud Urcos	13/09/2023
Entrevistado 12	Enfermero del Centro de Salud Urcos	13/09/2023
Entrevistado 13	Enfermera del Centro de Salud Urcos	13/09/2023

Fuente: Elaboración propia.

Anexo B

Tabla 2
Matriz de consistencia

PROBLEMA PÚBLICO	PREGUNTAS	OBJETIVO GENERAL	HIPÓTESIS	VARIABLE DEPENDIENTE	CATEGORÍAS
<p>Limitado acceso a servicios de salud que adecúen el enfoque intercultural por parte de la población indígena y la necesidad del desarrollo de un sistema de salud con pertinencia cultural.</p>	<p>¿Cuáles son los avances en la implementación del enfoque intercultural en los establecimientos de salud en la región Cusco?</p>	<p>Objetivo general: Estudiar el estado actual de la implementación del enfoque intercultural en los servicios de salud de la región Cusco.</p> <p>Objetivo específico: Determinar las diferencias en materia de salud intercultural entre un establecimiento de salud acreditado como pertinente culturalmente y un centro sin acreditación.</p> <p>Conocer si la implementación del enfoque intercultural en los servicios de salud mejora su calidad de atención.</p>	<p>Hipótesis general: Los avances en la implementación del enfoque intercultural en el sector salud son en su mayoría normativos y los establecimientos donde se adoptó efectivamente la interculturalidad son casos aislados de éxito.</p> <p>Hipótesis secundarias: La implementación de los establecimientos de salud con pertinencia cultural fue el resultado de las demandas de la población y de la voluntad de los gestores locales por poner en práctica la política.</p> <p>La implementación de la interculturalidad en salud mejora la situación del limitado acceso a la salud por parte de la población indígena, pero también, de la población no indígena.</p>	<p>La implementación de servicios de salud interculturales en los establecimientos de salud del primer nivel de atención en la región Cusco.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Gestión para la calidad de atención - Revaloración del sistema tradicional de salud - Recursos humanos que promueven la salud intercultural - Incorporación de la participación ciudadana - Capacidad resolutiva

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 3*Operacionalización de las variables independientes*

CATEGORÍA	INDICADORES	UNIDAD DE OBSERVACIÓN	HERRAMIENTA	PREGUNTAS
Gestión para la calidad de atención	Elaboración de intervenciones diferenciadas para las comunidades originarias	Personal de salud	Entrevista	¿Se ha elaborado algún diagnóstico para conocer la situación de salud en las comunidades indígenas de la localidad? ¿A partir de este, se realizan intervenciones diferenciadas? ¿Cuáles?
	Adecuación del horario para la población indígena u originaria	Personal de salud	Entrevista	¿El centro adecúa su horario de atención al estilo de vida de la población indígena? ¿Cuál es el procedimiento? ¿A qué distancia aproximada están las comunidades?
	Adaptación cultural de los ambientes del establecimiento	Personal de salud	Entrevista	¿Adaptan culturalmente sus ambientes? ¿Utilizan algún material para la promoción de la salud? ¿Están estos en la lengua de la localidad?
Revaloración del sistema de salud tradicional	Promoción del uso de plantas medicinales en la atención	Personal de salud	Entrevista	¿Qué prácticas, costumbres o tratamientos de medicina tradicional han incorporado en sus servicios? ¿Cómo usan las plantas medicinales?
	Implementación y fomento de procedimientos de medicina tradicional	Personal de salud	Entrevista	En el ámbito materno infantil, ¿brindan la atención de parto vertical? ¿Cuentan con algún agente para ayudar? ¿Qué otras acciones emplean para revalorar el sistema de salud tradicional?
Recursos humanos promotores de salud intercultural	Capacitación del personal en competencias interculturales	Personal de salud	Entrevista	¿Recibe capacitaciones en materia de interculturalidad? ¿De qué tipo? ¿Con qué frecuencia?
	Disponibilidad de herramientas para vencer la barrera lingüística	Personal de salud	Entrevista	¿Se encuentra alguna persona con conocimiento de la lengua local de manera permanente en el centro? ¿El personal médico tiene manejo de este? ¿Qué porcentaje y en qué grado?
Incorporación de la participación ciudadana	Intercambio de conocimientos con agentes de medicina tradicional	Personal de salud	Entrevista	¿Hay algún tipo de intercambio de conocimientos entre el personal de salud y los agentes de medicina tradicional?
	Intervención de representantes de las comunidades indígenas en las acciones de salud	Personal de salud	Entrevista	¿Con qué actores de las comunidades indígenas coordinan? ¿Cómo es su relación con estos? ¿Quiénes fueron promotores de la inclusión de la interculturalidad en el centro de salud?
Capacidad resolutive	Recursos asignados al establecimiento de salud	Personal de salud	Entrevista	¿Considera que el centro de salud se encuentra debidamente equipado? ¿Crees que el presupuesto asignado es suficiente?
	Situación del personal de salud	Personal de salud	Entrevista	¿Cuentan con el personal necesario para brindar un buen servicio? ¿Disponen de especialistas? ¿Está satisfecho con su salario?

Fuente: Elaboración propia.