

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

UNIDAD DE POSGRADO

**Avances, desafíos y oportunidades hacia la
construcción de una Política de Salud Intercultural en
el Perú**

TESIS

Para Optar El Grado Académico de Magíster en Política Social con
mención en Gestion de Proyectos Sociales

AUTOR

Gustavo Aliaga Rodríguez

ASESOR

Dr. Julio Víctor Mejía Navarrete

Lima – Perú

2014

DEDICATORIA

A mi señor padre, Don Felipe Santiago Aliaga Álvarez, ingeniero de minas y trabajador incansable de la riqueza cuprífera del Perú. Nacido, providencialmente, en una mina aurífera de Pataz (La Libertad), pero criado en el sombrerero pueblo de Huauco, hoy Sucre (Celendín-Cajamarca).

A mi señora madre, Doña Enma Rodríguez Jiménez, fuente de sabiduría y expresión constante, flor presuntuosa del callejón de Huaylas (Huaraz-Ancash); madre amorosa y sacrificada, quien alimentó mi cuerpo y mi alma con dedicación, constancia y ternura.

A mi querida y abnegada esposa, Sofía Tomasita Villanueva Iglesias, compañera de toda la vida; quien vio la luz, por primera vez, en la multicultural ciudad de Guadalajara (Jalisco-México) y que cual Penélope tapatía espera mi pronto regreso, pacientemente, en las cálidas playas de Mazatlán (Sinaloa-México).

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA	III
ÍNDICE GENERAL	IV
LISTA DE CUADROS	VII
LISTA DE GRÁFICOS	VIII
LISTA DE SIGLAS	IX
RESUMEN	X
ABSTRACT	XI
CAPÍTULO I	
INTRODUCCIÓN	01
1.1. Situación Problemática	01
1.2. Formulación del Problema	02
1.2.1. Problema principal	02
1.2.2. Problemas secundarios	03
1.3. Justificación teórica	03
1.4. Justificación práctica	04
1.5. Objetivos	05
1.5.1. Objetivo general	05
1.5.2. Objetivos específicos	06
1.6. Hipótesis	06
1.6.1. Hipótesis General	06
1.6.2. Hipótesis específicas	07
CAPÍTULO II	
MARCO TEÓRICO	08
2.1. Marco Filosófico o epistemológico de la investigación	08
2.1.1. El tránsito de la Antropología Médica a la pluriculturalidad en la salud	08
2.1.2. Balance de la Antropología en las Ciencias Médicas	13

2.1.3. El Indigenismo, una ideología y utopía precursora	18
2.2. Antecedentes de la investigación	26
2.2.1. Antecedentes Históricos	26
2.2.2. Antecedentes durante la primera mitad del siglo XX	32
2.3. Bases Teóricas	37
2.3.1. La salud y la cultura	37
2.3.2. La inclusión de las otras medicinas complementarias y alternativas: Naturista, Tradicional, Folklórica, Holística, Herbolaria, Ayurvédica, Antroposófica, Popular, Tántrica, Homeopática y no Convencional	41
2.3.3. Legislación en el Perú de las otras medicinas	48
2.3.4. La Interculturalidad y la odisea de su definición	53
a) Pluricultural	55
b) Multicultural	57
c) Interculturalidad	61
2.3.5. El enfoque intercultural en las Políticas de Salud del Perú	66
CAPÍTULO III	
METODOLOGÍA	72
3.1. Diseño de la Investigación	72
3.2. Unidad de Análisis	72
3.3. Muestra del Estudio	73
3.4. Categorización de las Variables	73
3.5. Técnicas de Obtención de datos	73
a) Entrevistas en profundidad	73
b) Análisis Documental	75
3.6. Análisis de los datos	76
CAPITULO IV	
RESULTADOS	77
4.1. Antecedentes Históricos	78

4.2. Pueblos Originarios	84
4.2.1. Análisis y clasificación de los dispositivos legales nacionales de la Política de Salud Intercultural	95
4.2.2. Estrategias de Salud Intercultural en el Perú	104
1. Aspectos Cuantitativos	104
1.1. Pueblos y Comunidades indígenas reconocidos por el CENSI-MINSA	105
1.2. Pueblos Afroperuanos	107
1.3. Parto Vertical con Adecuación Intercultural	109
1.4. Casas de Espera Materna	113
2. Aspectos Cualitativos	115
2.1. Parto Vertical con Adecuación Intercultural	115
2.2. Casas de Espera Materna	116
4.3. Política Social de Salud	117
4.4. Interculturalidad en Salud	124
4.4.1. Avances	124
4.4.2. Desafíos	128
4.4.3. Oportunidades	131
CONCLUSIONES	136
RECOMENDACIONES	140
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	141
ANEXOS	149
Anexo 1 Lista de personas integrantes de la muestra de estudio	149
Anexo 2 Estructura de la entrevista en profundidad	153
Anexo 3 Entrevista al Dr. Oswaldo Salaverry García, director del CENSI	155

Lista de Cuadros

	Pág.
<i>Cuadro 1:</i> Normas Legales sobre Institucionalización	95
<i>Cuadro 2:</i> Normas Legales sobre Plantas Medicinales	98
<i>Cuadro 3:</i> Normas Legales sobre Pueblos Indígenas	100
<i>Cuadro 4:</i> Normas Legales Medicina Tradicional, Alternativa y Complementaria	102
<i>Cuadro 5:</i> Normas Legales sobre política de Salud Intercultural	103
<i>Cuadro 6:</i> Lista de las Étnias del Perú	106
<i>Cuadro 7:</i> Principales comunidades afroperuanas	108
<i>Cuadro 8:</i> Parto vertical Institucional en el Perú según región	112
<i>Cuadro 9:</i> Casas de espera Materna en el Perú según región	114

Lista de Gráficos

	Pág.
<i>Gráfico 1:</i> Parto Institucional en el Perú	109
<i>Gráfico 2:</i> Parto institucional según Área de Residencia	110

Lista de siglas

AI	Actitud intercultural
AM	Antropología Médica
CENSI	Centro Nacional de Salud Intercultural
DC	Diversidad Cultural
EsSalud	Seguro Social de Salud del Perú
INMETRA	Instituto Nacional de Medicina Tradicional
INS	Instituto Nacional de Salud
IMET	Instituto de Medicina Tradicional
MC	Medicina Complementaria
MMH	Modelo Médico Hegemónico
MCA	Medicina Complementaria y Alternativa
MINSA	Ministerio de Salud
MT	Medicina Tradicional
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización No Gubernamental
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PSI	Política de Salud Intercultural

RESUMEN

El presente estudio tiene como objetivo determinar los avances que se han alcanzado en el desarrollo de la Política de Salud Intercultural (PSI) en el Perú, los desafíos que debemos superar para que esta política sea más eficaz e identificar las oportunidades que permitan acelerar su proceso de construcción.

Del 2010 al 2013, se llevó a cabo un total de treinta y un (31) entrevistas en profundidad (semiestructuradas) dirigida a los directivos de la PSI, de la política de salud nacional e internacional y representantes de la sociedad civil. Para completar la muestra se utilizó la técnica conocida como “bola de nieve”.

Los resultados obtenidos permiten señalar que no existe una auténtica PSI en el Perú. El avance está limitado a un conjunto de dispositivos legales que reglamentan la pertinencia cultural y la adecuación cultural de los servicios públicos de salud, especialmente, el parto con adecuación intercultural y las casas de espera materna.

Entre los desafíos tenemos a la formación médica de tipo biologista. Lo que determina, una política sanitaria orientada más a la enfermedad que a la salud, dominada por un enfoque cuantitativo de coberturas, demandas y metas, con un gran vacío hacia la parte sociocultural de la salud. La falta de voluntad política por parte del estado peruano para consolidar esta PSI y la falta de organización de las comunidades indígenas, especialmente de la sierra, junto con una falta de ejercicio ciudadano, han sido otro de los obstáculos identificados en el estudio.

Entre las oportunidades se ha identificado a la descentralización como una política de estado que permite un mayor acercamiento del ciudadano con sus autoridades y con la nueva distribución del poder en cada región; asimismo, la articulación a un nivel teórico de la interculturalidad con un tema estructural de nuestra sociedad como el racismo y la discriminación.

Palabras Clave: Interculturalidad, salud pública, política sanitaria, política sociales.

ABSTRACT

This study aims to determine the progress that has been made regarding the development of the Intercultural Health Policy in Perú, the challenges that must be overcome in the short and long term in order to make this policy more effective and efficient, identify and seize opportunities to accelerate its construction process.

From 2010 to 2013, a total sample of thirty-one (31) depth interviews (semi-structured) to intercultural health policy directors program`s and civil society representatives. The technique snowball was utilized to complete the sample.

The results obtained indicate that there is not a genuine Intercultural Health Policy in Perú. The progress made is limited to a set of legal provisions regulating the relevance and cultural appropriateness of public health services, especially with vertical delivery intercultural adaptation and maternal waiting houses.

Among the challenges, we have undergraduate medical training of a biologist. That determines health policy to be most oriented to the disease that to health itself, dominated by a quantitative approach, of coverage, demand and goals, with a big gap regarding the sociocultural part of health. The lack of political will by the Peruvian government to consolidate this intercultural health policy as well as the lack of organization of indigenous communities, especially in the mountains, along with a lack of citizen involvement, had been other barriers identified in this study.

Among the opportunities it has been identified decentralization as a state policy that allows an approach between citizens and their authorities, and with the new distribution of power in each region, also the articulation at a theoretical level of multiculturalism with a structural issues in our society such as racism and discrimination.

Key Words: Interculturalism, public health, health policy, social policy.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1. Situación Problemática

Tradicionalmente, la situación de salud de un país ha sido presentada a través de indicadores biomédicos como si se tratara de un mundo aislado de su realidad cultural, social, económica y política; en donde, las únicas variables eran las geográficas y en relación al sexo y a la edad.

Esta visión política de la sociedad peruana como una masa indiferenciada alcanzó su punto más álgido, cuando se intervinieron poblaciones mayoritariamente indígenas generando situaciones de rechazo y violencia, contra un modelo de atención de salud encasillado en el biologismo que, en su praxis, niega el origen sociocultural de la enfermedad y la visión holística del ser humano.

El profesional de las ciencias de la salud, altamente capacitado en el manejo clínico de la enfermedad y de la tecnología médica, se vio de pronto vulnerable ante el paciente al tener que enfrentar diversas situaciones de contexto cultural para los que no había sido debidamente preparado.

Durante la segunda mitad del siglo XX, la salud pública desarrolló el modelo biosocial o sociobiológico con bases en la antropología médica y la medicina social. Este modelo intentó superar el panorama adverso enfocándose en la parte cualitativa de la salud; a través del diseño, ejecución y evaluación de programas participativos.

El enfoque intercultural como praxis en la política social de salud en el Perú es relativamente nuevo y ha sido poco estudiado. Se le confunde en muchos casos como tolerancia a la diferencia, pero lo que busca realmente es una interacción entre dos o más culturas, en la cual cada una de las partes se retroalimenta con la otra alcanzando una mutua transformación.

En ese sentido el Estado peruano ha instrumentado, desde el 2004 a la fecha, una política pública sanitaria con enfoque intercultural a cargo del Centro Nacional de Salud Intercultural (CENSI), cuya finalidad es la articulación de los diferentes modelos de salud con el modelo de salud oficial.

Durante ese tiempo, se debe haber alcanzado algunos objetivos (avances); también, identificado situaciones adversas a superar para asentar esta estrategia (desafíos) y, finalmente, las coyunturas que favorezcan o catalicen el desarrollo de esta política (oportunidades).

Este trabajo de investigación busca contribuir al largo proceso de inclusión social, a la democratización e institucionalización del Estado, a través del análisis cualitativo de los avances, los desafíos y las oportunidades que se han conseguido por la puesta en práctica de una política de desarrollo sanitario con enfoque intercultural en el Perú.

1.2. Formulación del Problema

1.2.1. Problema Principal

¿Cuáles han sido los avances en la construcción de la PSI en el Perú, los desafíos que deben superarse y las oportunidades que puede aprovechar para acelerar el proceso?

1.2.2. Problemas Secundarios

- a) ¿Cuál es el paradigma del modelo de planificación y la puesta en práctica de la PSI en el Perú?
- b) ¿Cuáles son las normas nacionales e internacionales emitidas en relación a la salud intercultural y a la salud de los pueblos indígenas y su praxis política?
- c) ¿Cuáles son los avances alcanzados y los resultados obtenidos por la PSI en el Perú?
- d) ¿Cuáles son los principales desafíos que deben superarse en la planificación y la puesta en marcha de la PSI?
- e) ¿Cuáles son las oportunidades que puedan ser aprovechadas para el desarrollo de la PSI?

1.3. Justificación Teórica

Desde sus inicios, la política sanitaria del Perú ha conceptualizado a la DC como “una barrera”; es decir, como un obstáculo que impide a las personas, culturalmente diferentes, acceder a los servicios públicos de salud.

La aplicación de este enfoque en los programas sanitarios trajo como resultado una praxis médica aséptica, exclusivamente técnica, desvinculada de la realidad sociocultural y del proceso político del país.

En la década de los noventa, del último siglo pasado, el estado peruano aplicó una serie de nuevos enfoques en donde la situación étnico-cultural fue instrumentada, a través de la participación permanente y la responsabilidad compartida.

Un ejemplo fue el modelo de cogestión del Estado y los pueblos indígenas conocido como CLAS (Comunidad Local de Administración de Salud) en los establecimientos del primer nivel de atención de salud; sin embargo, el modelo no se relacionó con un acercamiento basado en el respeto ni el compartir de saberes, así como tampoco con una disminución de los índices de morbimortalidad.

Con el fin de revertir esta gravísima situación de inequidad, la OPS propuso en 1993 una Iniciativa de Salud Indígena para la Región de las Américas. Esta iniciativa fue diseñada con la participación de los representantes de los pueblos amerindios basada en los principios de equidad, respeto, integridad y solidaridad.

Entre 1995 y el 2002, el MINSA junto con la asesoría de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) iniciaron la adecuación cultural de los servicios de salud materno-perinatal a través del Proyecto 2000 con el fin de reducir las brechas interculturales entre los proveedores y los usuarios.

En el 2004, el MINSA estableció las Estrategias Sanitarias Nacionales, entre ellas, la de “Salud de los Pueblos Indígenas” encargando su diseño e implementación al Centro Nacional de Salud Intercultural (CENSI).

Ejecutar una Política Intercultural en un país como el nuestro donde existe una amplia diversidad, no solo aborígen sino también foránea, en un contexto de grandes desigualdades sociales, es una tarea que escapa de los límites del sector salud debido a su enorme carga social y esencia revolucionaria.

1.4. Justificación Práctica

En el Perú, la experiencia por acercar los servicios de salud a las poblaciones indígenas tomando como base su tradición comunal no es nueva, sino escasa, obedece más a una iniciativa personal, focalizada, aislada, no sustentable, pero por sobre todo no documentada.

A inicios de la década de los noventa, la valiosa experiencia del Instituto Nacional de Medicina Tradicional (INMETRA) impulsada por el Dr. Fernando Cabieses significó el primer intento del Estado peruano por incorporar otros modelos de salud al modelo de salud oficial.

Desde el 2003, el CENSI tiene como objetivo establecer una política cuyo eje prioritario sea el intercambio respetuoso de conocimientos y prácticas de salud entre diferentes culturas; a través de este enfoque intercultural. El Estado busca que los trabajadores de salud, en todas sus instancias, conozcan y tomen en cuenta las distintas realidades socioculturales de la población con la que trabajan.

La aplicación de la interculturalidad en la política de salud del Perú ha sido identificada como política dirigida a los pueblos indígenas, pero debemos considerar también a las culturas foráneas instaladas en nuestro país y que cuentan con sus propios sistemas de curación, un ejemplo de ello es la medicina china.

Los resultados obtenidos van a contribuir al fortalecimiento de esta política sanitaria, y aportarán una propuesta ético-política en la construcción de la identidad y de la ciudadanía intercultural peruana que permitan viabilizar un proyecto de nación que se fundamente en la capacidad dialogante entre el reconocimiento de nuestra DC y el respeto a los derechos individuales y colectivos.

1.5. Objetivos

1.5.1. Objetivo General

Determinar los avances en el modelo de desarrollo de la Política de Salud Intercultural en el Perú, los desafíos que debemos superar en el corto y largo plazo para que se haga efectiva y eficaz, y las oportunidades que permitan

acelerar el proceso de esta política social hacia la consecución de sus resultados programados.

1.5.2. Objetivos Específicos

- a) Identificar el paradigma del modelo de planificación y la puesta en práctica de la PSI en el Perú.
- b) Identificar las normas nacionales e internacionales emitidas en relación a la salud intercultural, y a la salud de los pueblos indígenas.
- c) Determinar los avances obtenidos a nivel de la atención como en el marco legal de la PSI.
- d) Definir los principales desafíos sociopolíticos que deben superarse en la planificación y la puesta en marcha de esta política de salud.
- e) Identificar las oportunidades sociopolíticas que puedan ser catalizadores en el desarrollo de esta política social, considerando su planificación y puesta en marcha.

1.6. Hipótesis

1.6.1. Hipótesis General

La construcción de una política intercultural en la salud es una política impuesta por la población no indígena o de influencia occidental sobre la población indígena; es decir, no nace del diálogo intercultural.

1.6.2. Hipótesis Específicas

- a) El modelo de planificación de la PSI corresponde al modelo social tradicional o institucional, en donde el Estado lleva a cabo la totalidad de las funciones, actuando como financiador, implementador, diseñador y evaluador de la misma.
- b) Las normas nacionales promulgadas por el Estado peruano se ajustan al marco jurídico internacional; sin embargo, su aplicación es limitada o sin efecto por el sistema de salud oficial.
- c) Los avances de la PSI son el corpus legal de normas promulgadas por el Estado peruano que reconocen la pluralidad de una atención de salud culturalmente diferenciada dirigida a la población indígena; así como algunas experiencias focalizadas y no sustentables del personal de salud.
- d) El modelo de salud biologista hegemónico y el centralismo de las decisiones políticas son los principales desafíos a superar en el desarrollo de la PSI.
- e) En la actual coyuntura política del Perú, la descentralización es la principal oportunidad que se puede aprovechar para la construcción de esta política intercultural en salud.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Marco Filosófico o epistemológico de la Investigación

2.1.1. El tránsito de la Antropología Médica a la pluriculturalidad en la salud

La antropología desde su inicio, a mediados del siglo XIX, se orientó al estudio del no-occidental; es decir, de sociedades “lejanas y diferentes”. Y si bien esta orientación contribuyó a fomentar la tolerancia y reconocer positivamente la DC, el interés principal de la Antropología clásica, según Carlos Iván Degregori, fue y continúa siendo estudiar y conocer *al otro* para dominarlo e ideologizarlo.

Como ningún conocimiento escapa a los prejuicios de su época, los científicos sociales y los de la salud construyeron *al otro* fuera de la historia y contrario a ella. Por eso que los indígenas fueron considerados (y todavía se les considera) como remanentes sociales; incluso, llegaron a ser idealizados en *el mito del buen salvaje*, que todavía mantiene sus fueros con algunas variantes en el imaginario popular y académico: el indígena es el niño inocente e irresponsable al que hay que proteger porque está condenado al proceso de asimilación cultural.¹

Aquí se perfila un problema medular que subyace cuando se estudia a los pueblos indígenas o a la cultura popular desde una perspectiva médica: el de la

¹ Degregori, C.I. La Antropología en el Perú: del estudio del otro a la construcción de un nosotros diverso. *Revista Colombiana de Antropología*, Vol 43, enero-diciembre 2007, p. 300.

exclusividad del conocimiento por parte del positivismo científico y la exclusión de otras formas como el saber indígena o el saber popular.

Cuando pensamos que el saber informal es siempre un error, olvidamos la posibilidad del proceso histórico del conocimiento. Tal proceso permite acceder a una realidad en un momento dado y de una manera determinada, con el fin de extraer explicaciones siempre provisionarias que sustentan la posibilidad inagotable de conocer siempre la realidad de un modo distinto.²

Considerando el ámbito global, para mediados de los años veinte del último siglo pasado, la antropología ya cuenta con una riqueza de materiales etnográficos de contenido médico recogidos en diversas partes del mundo, a través de la observación directa y los testimonios sobre la acción participativa.

El inglés Williams Rivers, originalmente médico y después antropólogo, es “el primero en reconocer la necesidad de reunir en un sistema coherente y significativo la suma de creencias y prácticas con los que los nativos arrostran el accidente y la enfermedad.”³

En 1924, se publica *Medicina, Magia y Religión*, obra póstuma de Rivers y pionera en el campo de la Antropología Médica (AM): “las prácticas médicas son consecuencia lógica de creencias lógicas bien establecidas en cuanto hace a la causalidad de las enfermedades y que estas creencias y prácticas, tomadas en su conjunto, son parte de la cultura y, por tanto, constituyen una institución social que, por serlo, debe ser contemplada en término de principios y métodos.”⁴

A pesar de ser un buen inicio sobre el estudio de la medicina primitiva, Rivers aceptaba los prejuicios de la época sobre este tipo de práctica médica al clasificarla

² Sempertegui, F. y Brezan, S. La trascendencia histórica del saber popular. En Secretaría del Estado de Salud Pública y Asistencia Social. *Medicina Popular*. Colección SESPAS. Serie Salud y Medicina Popular, República Dominicana, 1981, p. 14.

³ Aguirre, G. *Antropología Médica*. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México D.F. 1986, p. 22.

⁴ *Ibíd.*

según una escala que va de la magia a la religión y de esta a un sistema de conocimientos más organizados basados en el empirismo.

La cosmovisión mágica involucra creencias en la capacidad de algunas personas para manipular las fuerzas de la naturaleza en beneficio del paciente. La cosmovisión religiosa se basa en la convicción de que hay un control sobrenatural de los hechos que condicionan la aparición de la enfermedad. Rivers concluye que la medicina primitiva y científica son dos universos de discursos separados y no hay manera de acomodar la concepción del mundo mágico-religioso en el mismo dominio de conocimiento que el saber científico-naturalista.⁵

El antropólogo estadounidense, Robert Redfield, había llegado a México en 1926 con la finalidad de estudiar la cultura popular en todas sus vertientes, entre ellas la medicina. En 1941, consolida su experiencia de campo y reflexiones de gabinete en la publicación, *The folk culture of Yucatán*. Según Aguirre Beltrán, Redfield idealiza la sociedad folk y la urbana como “arquetipos polarizados de una sucesión de formas transicionales de comunidades situadas, histórica o espacialmente, en puntos distantes de un *continuum* folk-urbano.”⁶

Para Redfield la comunidad folk está subordinada al orden moral sin distinción de clases.⁷ La sociedad urbana representa todo lo que la sociedad folk niega. El contacto urbano corrompe el sentimiento de pertenencia grupal, deteriorando la pertenencia cultural de cada aldeano hacia los modelos tradicionales de su comunidad; sin embargo, Redfield enfatiza sobre los aspectos creativos de la sociedad involucrados en este mismo proceso.

En la sociedad folk “el orden técnico está subordinado al orden moral, en la sociedad urbana el orden técnico prevalece sobre el orden moral pero no lo elimina. Durante el proceso de urbanización el orden moral se estremece y desmorona; pero emerge un nuevo orden en un nivel diferente, en el umbral determinado por la

⁵ Confróntese: Wellin, E. Theoretical orientation in medical anthropology: Change and continuity over the past half century. En: Logan, M. y Hunt, E. *Health and the human condition*. Duxbury Press, North Scituate, Mass 1979, pp. 23-39.

⁶ Aguirre, óp. cit., p. 25.

⁷ Redfield, R. *The little community*. University of Chicago Press, Chicago 1963, p. 85.

autoconciencia y la creatividad crecientes. De este modo el orden técnico crece pero el orden moral no decrece.”⁸

Redfield concluye sobre el proceso unidireccional que la urbe impone a la comunidad indígena: “Los eventos más importantes de la historia de estas sociedades no son las conquistas y dominaciones que experimentan a manos de grupos técnicamente más avanzados; los procesos de cambios morales son de más peso que una simple sustitución de tecnologías, jerarquías sociales y prácticas religiosas. El cambio sacude el núcleo del orden social y cultural al paso que el conocimiento científico redefine las relaciones humanas y las bases de la acción moral en lo que hace al prójimo.”⁹

En la década de los cuarenta, la metodología de la AM se enriquece con los trabajos de Henry Sigerist, médico suizo, quien estudió las relaciones entre la práctica médica y las condiciones sociales, poniendo en práctica el enfoque histórico y sociológico.

En su libro publicado en 1941, *Medicine and health in the Soviet Union*, Sigerist dice: “Es obvio que si la asistencia médica sanitaria tiene que llegar a toda la población, no puede ser vendida en el mercado libre, siendo solo accesible a los que puedan comprarla [...] La medicina soviética ha demostrado que el socialismo funciona en medicina...”¹⁰ y lo propone como sistema mundial de salud.

En 1943, Sigerist publica *Civilización y Enfermedad*, considerada una de sus obras más importantes porque incorpora al análisis histórico su particular visión política y social. En 1956, publica una serie de cinco conferencias, dictadas en la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de la Universidad de Londres, con el título de *Landmarks in the History of Hygiene*. La primera edición en castellano es de 1981 con el título *Hitos en la Historia de la Salud Pública*.

⁸ Aguirre, óp. cit., p. 26.

⁹ Aguirre, óp. cit., pp. 27-8

¹⁰ Sigerist, H. *Medicine and health in the Soviet Union*. The Citadel Press, Nueva York, 1947.

En este libro, sus ideas asombran no solo por su claridad y objetividad sino por su vigencia: “Convengamos en unos pocos principios generales. Primero que toda persona, independiente de su raza, credo, opinión política, de si es pobre o rica, de si vive en ciudades o zonas rurales, tiene derecho a la atención médica. Segundo, que toda la moderna tecnología médica debe estar al servicio de toda persona, incluidos el médico general, el especialista, el hospital, los laboratorios, la enfermería, la atención domiciliaria, etcétera; y tercero, que la prevención debe estar en el plano de toda actividad médica.”¹¹

Sigerist representa así la visión socialista y occidental de la educación y de la práctica médica; así como de la planificación solidaria del sistema de salud desde el Estado; si bien el espíritu de su planteamiento fue recogido simbólicamente por la OMS en la práctica, no se llegó a concretar.

Erwin Ackerknecht, médico e historiador estadounidense de la medicina, se orientó hacia la AM y estuvo fuertemente influenciado por el relativismo cultural; dice que: “cada sistema médico, en la estructura de su constitución cultural, posee su propia consistencia y es una entidad independiente de otros sistemas. En consecuencia no se puede hablar de una medicina primitiva y de otra moderna sino, simplemente, de medicinas distintas que llegan a ser tantas cuanto alcanza a ser el número de culturas identificables.”¹².

Además, Ackerknecht señala que los primeros etnógrafos occidentales estaban interesados en la medicina como un rasgo cultural y no eran conscientes de los factores sociológicos y psicológicos implicados en el estudio de la medicina primitiva; por lo que no registraron ni analizaron su impacto en una variedad de formas sociales como la economía, la religión, la educación, la reacción individual y colectiva, etc.; lo que nos habría permitido comprender mejor cómo funciona la sociedad primitiva.

¹¹ Sigerist, H. *Hitos en la Historia de la Salud Pública*. Siglo Veintiuno editores, 3era edición en español, México, 1987, pp. 96-97.

¹² Aguirre, óp. cit., p. 40

En Ackerknecht se advierte además “la influencia decisiva del funcionalismo británico, cuando postula que las partes que componen el patrón médico, como las que integran la cultura total, están funcionalmente interrelacionadas; aun cuando el grado de integración funcional de los elementos a ambos niveles –el de la medicina y el de la cultura– varíen de una sociedad a otra.”¹³

Este enfoque que une al relativismo cultural con el funcionalismo produjo un modelo bastante útil para la AM ya que le permite definir: “la importancia de la totalidad de la conducta culturalmente determinada en la modulación de los elementos médicos en la sociedad, pone la atención en los patrones que configuran las creencias y prácticas médicas y enfatiza la interrelación funcional entre partes del patrón médico y entre este último y la cultura total.”¹⁴ Este enfoque en las investigaciones médico-antropológicas privilegió la importancia de la dimensión cultural sobre la social.

2.1.2. Balance de la Antropología en las Ciencias Médicas

El antropólogo argentino, Eduardo Menéndez, distingue dos lapsos en la historia de la AM en Latinoamérica durante el siglo XX¹⁵. El primero se ubica desde los años treinta hasta fines de los sesenta, cuando se crean las bases temáticas y teóricas bajo influencia norteamericana y, el segundo, que comprende los años setenta y ochenta en el que ocurre un cambio de orientación hacia la sociología médica que devendrá luego en hegemónica.

Dentro del primer lapso se observan dos momentos: uno que va de los años treinta y primera parte de los cuarenta, en donde se gesta una intensa crítica a la explotación y marginación indígena; así como a las condiciones de alcoholismo, desnutrición, enfermedad, etc.; y un segundo momento, durante los cincuenta y

¹³ Aguirre, óp. cit., p. 41

¹⁴ *Ibíd.*

¹⁵ Menéndez, E. Antropología Médica. Orientaciones, Desigualdades y Transacciones. *Cuadernos de La Casa Chata 179*, SEP, CIESAS. México, 1990.

sesenta, en la que la producción antropológica aparece hegemonizada por temas etnomédicos, como la relación médico-paciente, las enfermedades “tradicionales”, las terapias nativas y un interés por la relación de los problemas de la salud mental con el alcoholismo, el embarazo-parto-puerperio y la desnutrición.¹⁶

Sobre estos temas, el médico ecuatoriano, Eduardo Estrella plantea las siguientes hipótesis: “a) la relación agente de salud-paciente en la medicina aborígen es totalizadora y va más lejos de la enfermedad, hacia la consideración de la historia del enfermo como parte integrante de la comunidad; b) cuanto mayor sea el desconocimiento de la medicina aborígen como práctica adecuada de su cultura, mayor será el fracaso de la medicina científica en sus contactos con la población cultural aborígen; c) la integración a varios niveles, de los modelos aborígen y científico, puede dar lugar a un cambio en el aspecto salud de la población ayudando a su movilización social.”¹⁷ Las dos primeras hipótesis fueron *verificadas*, la tercera, solo parcialmente porque se discutía el significado de “movilización social” para Estrella y para los antropólogos de los cuarenta y cincuenta (Foster, Kelly, etc.)

George Foster publicó en 1952, el análisis antropológico de un programa de salud desarrollado en diversos países de América Latina: “El problema fundamental reside en convencer a la gente de la necesidad de echar por la borda hábitos e ideas tradicionales y sustituirlas por otros nuevos [...] la expulsión o subordinación de lo tradicional y la inducción de lo nuevo.”¹⁸

Los defectos en la calidad de los servicios de salud son: “falta frecuente de tacto y diplomacia por parte de médicos, enfermeras y otro personal; pérdida de tiempo por la concurrencia a los centros; negativa de algunos Centros para tratar a niños enfermos si las citas para los exámenes de rutina no han sido cumplidas.”¹⁹

¹⁶ Menéndez, óp. cit., pp. 5-6.

¹⁷ Estrella, E. *Medicina Aborígen*. Quito: Editorial Época, 1977, pp. 27-8.

¹⁸ Foster, G. *Análisis Antropológico Intercultural de un Programa de Ayuda Técnica*. Traducción de la edición mimeografiada hecha por la Institución Smithsonian Washington D.C., 1951. Instituto Nacional Indigenista. México D.F., 1952.

¹⁹ Foster, óp. cit., p. 50.

Foster sugiere que el personal de salud debe conocer las creencias sobre MT y tener la habilidad de usar estas ideas de manera crítica para hacer sentir en el paciente que hay medios científicos superiores; asimismo debe “tomar ventaja de los conocimientos tradicionales para interpretar y hacer inteligible los tratamientos médicos modernos y las medidas preventivas, y por este medio, persuadir a los pacientes de que adopten y sigan las prácticas recomendadas.”²⁰

Isabell Kelly publicó una guía²¹ sobre la contribución de la antropología a los programas de salud: 1) Un programa de salud es un esfuerzo para lograr el cambio cultural dirigido a ciertos aspectos de la salud; 2) Un cambio cultural puede tener resultados deseados, indeseados e incluso nocivos; 3) Identificar técnicas para trabajar con la comunidad, y 4) Conocer la cultura de la comunidad para identificar sus necesidades, escoger los cambios realmente deseables y a la vez prácticos, saber enfrentar los obstáculos hacia el cambio, señalar ciertos aspectos culturales en los que resulta prudente hacer concesiones como ciertas creencias y costumbres, combatir ciertos rasgos nocivos que puedan comprometer la salud a través de sus propios elementos culturales y no imponiendo elementos culturales foráneos.²²

Como conclusión de este primer lapso histórico de la AM, Eduardo Menéndez define que la línea dominante “entre 1930-60 puede ser totalmente homologada con la etnomedicina, sobre todo en las décadas de los 50 y 60. Que dicha producción no solo fue poco utilizada por el sector salud sino que tuvo poca vinculación con el mismo. Que su trabajo se concentró en el campesino indígena, ignorando todos los otros sectores sociales, incluidos los indígenas que migraban y se asentaban en el medio urbano. Que la intencionalidad aplicativa gestada en el momento inicial se diluyó ulteriormente, pese a la existencia de instituciones específicas. Que la teoría dominante fue el funcionalismo cultural.”²³

Como una crítica al funcionalismo, Menéndez señala su incapacidad para cuestionar las estructuras dominantes, las cuales son las generadoras de una buena

²⁰ Foster, óp. cit., p. 57.

²¹ Kelly, I. *La Antropología, la cultura y la salud pública*. Universidad de los Andes, Venezuela 1960.

²² Kelly, óp. cit., pp. 30-31.

²³ Menéndez, óp. cit., p. 11.

parte de los problemas de salud. “Además [el funcionalismo] no pudo prever la mayoría de los cambios significativos que operaron en el área salud/enfermedad, ni pudo proponer alternativas explicativas respecto de los ‘nuevos’ problemas que se iban configurando en nuestros países, tanto en lo referente al perfil epidemiológico, como en lo referente a los diferentes sistemas de atención. Además al escotomizar la realidad contribuyó a ocultar los determinantes estructurales y operó de hecho como apoyo indirecto de las ideologías ‘aculturativas’ y desarrollistas.”²⁴

En el Perú, la etapa inicial de la antropología (1940 a 1960) redescubrió a los pueblos indígenas a través de la etnografía, mostrándonos un país caracterizado no solo por su DC, también por haber conservado, a pesar de siglos de aculturación, costumbres y tradiciones de profundas raíces prehispánicas.

La antropología generó una fuerte crítica al proyecto nacional oligárquico republicano que pretendía excluir (incluso eliminar²⁵) al elemento indígena por considerarlo una raza envilecida y en descomposición favoreciendo, a través de dispositivos legales de colonización, la inmigración de europeos de *raza* blanca.

El fenómeno de la salud como proceso de construcción social no fue estudiado con la importancia que merecía por los científicos sociales peruanos del siglo XIX, ni por los de la primera mitad del siglo XX. Toda su riqueza holística, ontológica y ética, esencialmente transformadora y revolucionario, fue encarpetaada en las gavetas ministeriales, en los consultorios de los hospitales y en las bibliotecas universitarias.

Los escasos libros publicados sobre AM, medicina social e historia médica respondieron a iniciativas personales y del propio gobierno pero que no lograron estructurarse en un proyecto de estado mucho más orgánico; entre estos los libros tenemos: *La Antigüedad de la Sífilis en el Perú* (1908), de Julio C. Tello sobre el origen americano de esta enfermedad venérea, a través de la tradición oral y del suceso epidémico ocurrido alrededor de 1525. *La Medicina Popular Peruana* (1922)

²⁴ Menéndez, óp. cit., p. 13.

²⁵ En 1931, el representante de Ayacucho pidió al Congreso de la República privar del derecho de reproducción a los indios y que los niños ya nacidos sean entregados a reservaciones dirigidas por sacerdotes españoles. Confróntese el documental sobre *Julio César Tello*. Serie Hombres de Bronce, Panamericana Televisión, 1998.

de Hermilio Valdizán y Ángel Maldonado, ambos estudiaron el folclor médico, las supersticiones populares, las plantas y recetas antiguas; y la *Historia de la Medicina Peruana* (1951) de Juan B. Lastres en donde se indican los métodos terapéuticos y quirúrgicos desde las civilizaciones prehispánicas hasta los adelantos adquiridos a inicios del siglo XX.

Jorge Basadre señala que: “Los hombres de ciencia en general, y especialmente los médicos se quejan de que cuando se trata de la cultura en el Perú otórgase(sic) preferencia a la de carácter literario, artístico, histórico, filosófico, arqueológico y folklórico [...] Los médicos mismos no han hecho hasta hace poco el estudio organizado ni de las hermosas batallas que ha ganado en esa época en los años siguientes su profesión ni de las nobles figuras que las han dirigido.”²⁶

Los primeros aportes de los antropólogos peruanos al estudio de la salud datan todavía de la segunda mitad del siglo XX; en 1955, Luís Basto Girón publicó una tesis etnohistórica titulada *Salud y Enfermedad en el campesino peruano del Siglo XVII*, y en 1977, José Gushiken publicó *Tuno: el Curandero*, una serie de entrevistas al curador trujillano Eduardo Calderón Palomino.

A principios de los setenta, las Facultades de Medicina y la OPS alentaron el desarrollo de la sociología médica que secundó a la producción antropológica. Los sociólogos-médicos latinoamericanos estudiaron las relaciones entre clase y mortalidad, la salud laboral, la industria de la salud o las funciones del modelo científico; este nuevo enfoque, llamado histórico-estructural, implicó a los procesos económico-políticos como condicionante de los procesos de la salud.

La crisis del modelo médico oficial en las comunidades amerindias, cuyas tasas de morbilidad seguían siendo altas y con menor acceso a los servicios de salud, apremió a los organismos internacionales (OMS y UNICEF) a extender la atención

²⁶ Basadre, J. *Historia de la República del Perú 1822-1933*. 8va. Edición, Tomo XV, Edit. La República, Universidad Ricardo Palma, Lima-Perú 2000, p. 3620.

primaria de la salud²⁷ sobre la base de la participación comunitaria activa y la práctica de la MT y la medicina popular.

En un principio, este rechazo fue interpretado como un problema de menor desarrollo cultural, y luego, dentro de un marco de relaciones de poder entre el personal de salud y la comunidad.

La aplicación del estructuralismo en la AM plantea relaciones de poder, relaciones de clase, de industria de la salud, pero dentro de la especificidad de los procesos y no desde la generalidad de la estructura; lo cual implica, no tomar los procesos de salud-enfermedad-atención como epifenómenos, sino como los núcleos problemáticos de la investigación.

Sobre el tema, Eduardo Menéndez señala: “La producción de las décadas de los 70 y 80 se diferencian del primer lapso por el incremento de los estudios etnobotánicos; por la emergencia de trabajos sobre problemáticas de salud en el medio urbano que incorporan a otros estratos subalternos además del campesinado indígena; por investigaciones sobre el Modelo Médico Hegemónico (MMH) y la constitución de relaciones de hegemonía/subalternidad respecto de las prácticas populares; por el estudio de una amplia gama de saberes y prácticas populares respecto de la enfermedad, los daños, la salud.”²⁸

2.1.3. El Indigenismo, una ideología y utopía precursora

En el Perú, como en todos los países de América Latina con mayoritaria población aborigen, floreció un pensamiento indigenista durante el transcurso del siglo XIX al XX. Sus inicios fueron más una posición contestataria a la política

²⁷ En 1978 se celebró la famosa Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud en Alma-Ata (Kazajstán) que marcó un hito en la Salud Pública.

²⁸ Menéndez, óp. cit., p. 18.

centralista de la clase dirigente de Lima que una auténtica posición reflexiva sobre la situación social del indígena.²⁹

Por indigenismo se entiende “la reivindicación de la población indígena en los ámbitos económico, social, político y cultural...”³⁰

El indigenismo cuestionó la visión oligárquica de construir una nación excluyendo al elemento aborigen y se opuso a los intentos de asimilación de lo indígena por parte del Estado; enarboló la bandera de la reivindicación y el reconocimiento social como la base fundamental del sincretismo nacional; simplificado, en gran parte, como una idealización del Incario, el indigenismo trascendió después en utopía, dejando una huella indeleble en todas las ciencias sociales, las artes e incluso en las ciencias médicas.

Con la fundación de la Asociación Pro-Indígena por Pedro Zulen, Dora Mayer y Joaquín Capelo y la publicación del periódico *El Deber Pro-Indígena* se pensó articular al indígena en la vida política del Perú. Según Basadre: “Fue la voz de la conciencia nacional, muchas veces débil, constantemente desoída y en algunas ocasiones, recibida con mofa.”³¹; para Mariátegui, un experimento social que sirvió “para medir la insensibilidad moral de una generación y de una época.”³²

El término indigenismo resulta conflictivo en el panorama latinoamericano de hoy porque abarca tendencias sociales, posiciones teóricas con diverso significado y sentido y por el arraigo temporal que las contextualiza hasta hacerlas, en algunos casos, excluyentes.

La década que va del veinte al treinta “representó un considerable incremento de la imagen del indio en la conciencia de la intelectualidad peruana”³³ que se reflejó

²⁹ Marchena, J. *José Carlos Mariátegui*. Edit Quorum, Madrid España, 1987 p. 27.

³⁰ Sanders, K. *Nación y Tradición. Cinco discursos en torno a la nación peruana 1885-1930*. FCE-PUCP Lima-Perú 1997, p. 303.

³¹ Basadre, óp. cit., pp. 2656-7. La Asociación Pro-Indígena empezó en 1909 y se clausuró en 1916 y *El Deber Pro-Indígena*, de 1912 a 1917.

³² Mariátegui, J.C. *7 ensayos de interpretación de la realidad peruana*. Cuadragésima Cuarta edición, Biblioteca Amauta, Lima-Perú, 1981, p. 49.

³³ Basadre, óp. cit., p. 3572.

durante el gobierno de Augusto B. Leguía, en la promulgación de una serie de normas legales que reconocía los derechos indígenas³⁴; sin embargo, su papel como ciudadano y productor no quedó definido.

Una versión indigenista, a la que podríamos calificar de holística e inclusiva, fue esbozada por José Uriel García en su libro *El Nuevo Indio* (1930). Considerada como una polémica contra los planteamientos que ofrecía el etnólogo Luís Eduardo Valcárcel en *Tempestad en los Andes* (1927). Esta última obra ejerció una gran influencia en el indigenismo.

Según Valcárcel, empezaba una nueva era en la que los indios despertaban de esa somnolencia provocada por siglos de vejaciones y desprecios. La *tempestad* de Valcárcel se basaba en la superioridad de la nueva Raza Indígena (sangre y andinismo) sobre la raza blanca y el mestizo; en la fuerza y virilidad de la Sierra sobre la feminidad y blandura de la Costa; en una nueva educación que redima al indio socialmente a través de su modernización y en una fe religiosa que se aleja del catolicismo y se acerca a la moral protestante.

Valcárcel cree en la nueva raza indígena y no lo encasilla culturalmente Inca: “No mueren las razas. Podrán morir las culturas, su exteriorización dentro del tiempo y del espacio. La raza keswa fue cultura titikaka y después ciclo inka. Perecieron sus formas. Ya nadie erige monolitos Tiawanaku ni fabrica aryballus Kosko.”; añade: “Raza y paisaje van juntos, y donde se halla el solar permanece también la raza”³⁵; en ese sentido, para Valcárcel la palabra Raza (con mayúscula inicial) señala algo más que el fenotipo andino, indica más bien una estirpe que guarda una ligazón totémica de gran carga ecológica con la geografía andina.

El pensamiento indigenista es animista y se caracteriza por la comunión del hombre con la naturaleza. El animismo es una creencia que dota de alma a la naturaleza y está presente tanto en sociedades primitivas como en algunas más

³⁴ Se reconoció el estatuto legal de las “comunidades indígenas” y la intangibilidad de sus tierras (1920), se creó la Sección de Asuntos Indígenas adscrita al Ministerio de Fomento y Obras Públicas, se creó el Patronato de la Raza Indígena con el fin de protegerlos y se estableció el Día del Indio.

³⁵ Valcárcel, L. *Tempestad en los Andes*. 2da Ed, Populibros Peruanos, Lima-Perú, 1963? pp. 23-136.

avanzadas. No solo tiene una versión filosófica, antropológica, espiritualista o religiosa, sino también una médica.³⁶

En el prólogo a la tercera edición de *El Nuevo Indio*, Valcárcel dice: “Mientras yo hablaba y presentaba a los indios de las comunidades y de los pueblos, Uriel ofrecía su creación del nuevo indio. Yo entendía que el indio era uno solo, pero Uriel anticipándose en años a la aparición del “otro” indio, de este que vemos en Lima, que ha conquistado, a las Tres Veces Coronada Villa rodeándola en todas direcciones con sus llamados “Pueblos Jóvenes”³⁷

Para Uriel García, “*Indio* no es, pues, solo ese hombre de color bronceado, de ojos rasgados de pelo lacio y grueso, sino todo aquel que se acrecienta interiormente al contacto con los incentivos que le ofrece esta gran naturaleza americana y siente que su alma está enraizada en la tierra.”; una clara referencia a la visión telúrica y animista. Define el Espíritu Neo Indiano: “Nuevo indio no es, pues, propiamente un grupo étnico sino una entidad moral, sobre todo.”³⁸

Para Valcárcel: El mestizaje de las culturas producía deformidades. Llama ‘poblachos’ a los pueblos de mestizos; presenta al *kelkere* (el leguleyo mestizo) como un vicioso embrutecido, amigo del cura, del gamonal, de las autoridades y enemigo acérrimo del indio.

Uriel define la aptitud creadora del mestizaje expresada en el folklore y el arte popular: “El pueblo mestizo, ese ‘poblacho mestizo’ que despectivamente denigran los incomprensivos de la verdadera nacionalidad, es el que, a pesar de todo forma el alma de nuestros pueblos y nutre de emoción nuestro sentimiento de americanos.”³⁹

Cuando habla de la mujer andina apuesta por el mestizaje: “Por eso cuando la india se transforma en chola o lo que es lo mismo se amestiza, recupera su energía espiritual, para el comienzo de otra vida y otro destino [...] Indio y chola son dos

³⁶ El animismo atribuye vida anímica y poderes a los objetos de la naturaleza. En medicina es una teoría que considera al alma como principio de acción de todos los fenómenos vitales.

³⁷ García, J.U. *El Nuevo indio*. Editorial Universo, Lima-Perú, 1973, p. 18.

³⁸ García, óp. cit., pp. 8-9.

³⁹ García, óp. cit., p. 169

madres o estados espirituales que se disputan en dar su leche nutritiva a los pueblos de la sierra. Aquella, que más concibe hijos del pasado; ésta, para el futuro.”⁴⁰

Luís Alberto Sánchez aporta, en el colofón al libro de Valcárcel, la visión *totalista*, ávida de identidad y de nacionalismo, como una respuesta al hispanismo oligárquico de la generación del novecientos. La propuesta de Sánchez busca construir una síntesis del indio, del mestizo y del español en el criollo: “es el fruto genuino de la tierra, del mestizaje, del proceso de civilización dentro de un territorio; criollo es el castizo, no el autóctono; criollos son el cholo y el zambo...”⁴¹

La visión de Sánchez no coincide del todo con la de su líder político, Víctor Raúl Haya de la Torre, quien en *Teoría y Táctica del Aprismo* (1931) plantea, como propuesta a la situación indígena, reemplazar la sociedad feudal y/o capitalista (latifundismo) por el colectivismo indígena.⁴²

La estrategia aprista fue incluir al indígena en el frente único de trabajadores manuales e intelectuales; es decir, en el conjunto de las clases sociales explotadas por el imperialismo, pero al hacerlo no pudo difuminar la explotación del indio por el mestizo de las clases medias.⁴³

¿Y quién es el indio? El II Congreso Indigenista Interamericano del Cuzco en 1948 lo define: "El indio es el descendiente de los pueblos y naciones precolombinas que tienen la misma conciencia social de su condición humana, asimismo considerada por propios y extraños; en su sistema de trabajo, en su lengua y en su tradición, aunque éstas hayan sufrido modificaciones por contactos extraños"⁴⁴

Haciendo un balance del indigenismo en el Perú, Milko Lauer señala la existencia del doble discurso, indigenismo-1 e indigenismo-2: el primero es de corte

⁴⁰ García, óp. cit., p. 169 y 190.

⁴¹ Valcárcel, óp. cit., p. 149.

⁴² Haya de La Torre, V. *Teoría y Táctica del Aprismo*. En: Obras Completas de Víctor Raúl Haya de la Torre. Cuarta Edición, Mejía Baca, Lima 1985, p. 186-8.

⁴³ Paz, J.A. El Indigenismo Cusqueño 1920-1950. *Escritura y Pensamiento Vol 11(5)*, 2002, p. 65.

⁴⁴ Comité Organizador del IV Congreso Indigenista Interamericano. Actas finales de los tres primeros Congresos Indigenistas Interamericanos. Comité Organizador, Guatemala, 1959, p. 86.

político, favorable a la inclusión del indio bajo la sombra del mestizaje-criollo, y el segundo es estético-cultural, agrupado en las formas de expresión artística.⁴⁵

Según Carlos Iván Degregori, el indigenismo-1 fue un intento más de asimilar al elemento indígena por parte de la pujante burguesía costeña, a través del mestizaje cultural⁴⁶; que tuvo un cierto éxito en el Perú mostrándose como un encuentro, una reconciliación de culturas: la autóctona y la española.

En ese sentido, el mestizaje trata la existencia cultural como si fueran entidades corpóreas con capacidad de mezcla y de síntesis, de modo similar a los seres humanos; enmarcándose a la cultura en una visión biologista, en el mejor de los casos el sentido del término “mestizo” solo es alegórico.⁴⁷

Sobre el indigenismo-2, el educador Miguel Ángel Huamán señala la falta de distingo entre “los marcos discursivos de las diferentes prácticas textuales que son las que otorgan validación a sus (respectivas) propuestas...”; teniendo como consecuencia juzgar “tanto a lo político como lo artístico con el criterio de la representación verdadera; es decir, con una falacia.”⁴⁸

La situación actual del indigenismo debe considerar “las concepciones provenientes de los pobladores originarios de nuestro territorio y las modalidades de acción política desarrolladas por los mismos como movimientos sociales”⁴⁹; reconociéndose así algo elemental, el derecho de los indígenas a ser los protagonistas en la planificación, discusión y enjuiciamiento de su propio destino, y además, se le da el espacio a otro tipo de pensamiento denominado indianismo.

Para el filósofo Gustavo R. Cruz. “El indianismo es una ideología (y una) filosofía de liberación producida por el sujeto-indio, que no es igual al indigenismo, a

⁴⁵ Lauer, M. *Andes imaginarios y discursos del indigenismo 2*, Cusco Sur, Centro Bartolomé de Las Casas, 1997.

⁴⁶ Degregori, 2007. *ibidem* p. 307.

⁴⁷ Zúñiga, M. y Anson, J. *Interculturalidad y Educación en el Perú*. Foro Educativo, Lima, 1997

⁴⁸ Huamán, M.A. En defensa del indigenismo. *Letras* 80 (115), 2009, p. 17.

⁴⁹ Beigel, F. Mariátegui y las antinomias del indigenismo. *Utopía y Praxis Latinoamericana* Vol 6 Nro. 13, Universidad de Zulia, 2001, p. 38.

la que entendemos como una ideología estatal construida por no-indígenas sobre el “objeto-indio”. No justificaremos aquí la distinción, pero es fundamental tenerla en cuenta pues el indianismo no es un tipo de indigenismo.”⁵⁰

En el Perú, hoy subsiste un indigenismo al que podría calificarse como fragmentado porque se estructura aisladamente alrededor de diversas actividades sociales como las económicas (asociaciones de ganaderos, agricultores, textiles, agencias de turismo, etc.) las educativas (talleres universitarios y de institutos superiores) o las culturales (clubs departamentales, asociaciones y movimientos culturales, grupos musicales, etc.)

Un tipo de indigenismo que ha cobrado importancia en las últimas décadas es el ecológico u holístico que busca preservar y recuperar nuestros recursos naturales y el medio ambiente; sobre este tema, el Estado peruano creó un ministerio, las empresas extractivas muestran su interés, recibe apoyo de algunas organizaciones no gubernamentales (ONGs) y está en la agenda de los países desarrollados.⁵¹

En el Perú todavía persiste, aunque con menos fuerza, la versión rebelde del indigenismo, que sirve de telón de fondo para los discursos de los partidos políticos de izquierda y que fue enarbolada a inicios del siglo XXI por una corriente nacionalista conocida como humalismo, que no llegó a tener la importancia del movimiento Rujhari en Puno o del katarismo en Bolivia.

En cambio la visión reivindicativa ha alcanzado grandes objetivos pero a nivel internacional. En 1975 se creó el Consejo Mundial de los Pueblos Indígenas y se aprobaron sendas resoluciones sobre los derechos culturales, económicos, políticos y a la conservación de las tierras y de los recursos naturales.

En 1977, por primera vez, los pueblos indios de las Américas dejaron oír su voz en el Palacio de las Naciones de Ginebra (Suiza), en una conferencia convocada

⁵⁰ Cruz, G. *¿Indianismo o indigenismo?* [Internet] Argentina: CESIES; 2010 [citado 18 de marzo 2012] Disponible en: <http://www.cecies.org/articulo.asp?id=248>

⁵¹ Montoya, R. *Multiculturalidad y Política. Derechos indígenas, ciudadanos y humanos*. Sur Casa de estudios del socialismo, Lima 1998, p. 20.

por el comité de derechos humanos de las ONG`s donde se reconoció su derecho a la autodeterminación; es decir, a la posesión de la tierra, el control de sus recursos y el gobierno de sus territorios de acuerdo con sus propias tradiciones y su cultura.

Para 1982, las Naciones Unidas, empezaron a trabajar el tema de los pueblos indígenas, creando un grupo de trabajo en la Sub Comisión de Derechos Humanos, que promovió la adopción de normas internacionales y preparó un proyecto de Declaración sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas.

En la cumbre para la Tierra (1992) se oyó la voz colectiva de los pueblos indígenas que expresaron su preocupación por el deterioro de sus tierras, territorios y del medio ambiente. Diversos organismos de las Naciones Unidas, como el PNUD, el UNICEF, la UNESCO, el Banco Mundial y la OMS, elaboraron programas con los que se aspiraba a mejorar su salud, sus tasas de alfabetización y luchar contra la degradación de sus tierras y territorios ancestrales.

La Asamblea General de la ONU proclamó el Año Internacional de las Poblaciones Indígenas del Mundo (1993), al que siguió el Decenio Internacional de las poblaciones Indígenas del Mundo (1995-2004).

En el 2000 se creó el Foro Permanente para las Cuestiones Indígenas como órgano subsidiario del Consejo Económico y Social. El Foro, que está compuesto por 16 expertos (la mitad gubernamentales y la otra mitad indígenas), asesora al Consejo Económico y Social, ayuda a coordinar las actividades de las Naciones Unidas y estudia los temas que incumben a los indígenas en relación con el desarrollo económico y social, la cultura, la educación, el medio ambiente, la salud y los derechos humanos.

Cuando el Decenio Internacional se aproximaba a su fin, la Asamblea General proclamó un Segundo Decenio Internacional de los Pueblos Indígenas del Mundo (2005-2014). El Consejo de Derechos Humanos aprobó el 29 de junio de 2006 la Declaración sobre los derechos de los pueblos indígenas y recomendó su aprobación por la Asamblea General, que así lo hizo el 13 de septiembre de 2007.

2.2. Antecedentes de la Investigación

2.2.1. Antecedentes Históricos

Las adecuaciones culturales realizadas por el sistema de salud occidental para poder brindar atención médica a las sociedades indoamericanas, se remontan a la época de la conquista española, con la creación durante el siglo XVI de los hospitales étnicos, de género y oficio por las diferentes órdenes monásticas.

En el Virreinato de Nueva España, la orden franciscana fue la primera en crear una enfermería para los indígenas más pobres de la Ciudad de México (1529) que, más tarde, se convertiría en el Real Hospital de San José de los Naturales (1553), donde no solo se ofreció atención médica también fue un importante centro de enseñanza de la medicina occidental.⁵²

Poco después de la fundación de Lima, el conquistador Francisco Pizarro crea el primer servicio o Casa Enfermería (1538) ubicada en la calle la Rinconada de Santo Domingo, dirigido a las personas de bajos recursos y enfermos sin distinción. Posteriormente, este servicio tomaría el nombre de Hospital San Andrés (1551) para la atención de españoles y criollos.⁵³

En 1541 se expidió una Cédula Real que ordenaba a los virreyes, audiencias y gobernadores a fundar, en pueblos de españoles y de indios, sendos hospitales. El Primer Arzobispo de Lima, Fray Jerónimo de Loayza, fundó el Real Hospital de Nuestra Señora de Santa Ana (1549) para la atención de la población indígena. Le seguirían: el Hospital de Santa María de la Caridad (1563) dirigido a las mujeres pobres, el Hospital San Bartolomé (1646) donde se atendían personas de raza negra y

⁵² Campos, R. Adecuaciones interculturales en los hospitales para indios en la Nueva España. *Gaceta Médica de México* Vol. 137 N° 6, 2001, p. 597.

⁵³ Confróntese: Olaechea, A. Situación de la Sanidad y la Asistencia en el Perú. *La Crónica Médica* 50 (836) Lima febrero de 1933 pp. 49-59.

el Hospital de Santo Toribio del Cercado (1648) también para indígenas que se fusionaría, en 1650, con el de Santa Ana.⁵⁴

La fundación de estos y otros centros hospitalarios no obedecía solo a razones paternalistas y humanitarias; sobre todo, fueron razones económicas y políticas. La significativa pérdida de la fuerza de trabajo indígena por las secuelas de la conquista (guerras, enfermedades, esclavitud, masacres, explotación y hambruna) perjudicó los intereses de los conquistadores y de la Corona Española, que se vieron en la necesidad de reemplazarlos, por lo menos en las haciendas costeñas, con esclavos negros traídos del África.

En las palabras de un clérigo español del siglo XVI, las autoridades españolas entendieron que “Las Indias sin indios no vale nada”; así en 1541, el rey Carlos V prohíbe que los indios de tierras frías sean llevados a las tierras calientes y viceversa porque la diferencia de climas es nociva para su salud y su vida⁵⁵.

Los hospitales también fueron espacios obligatorios de conversión cristiana; constituyéndose en auténticos “instrumentos de control social, ideológico e incluso político”⁵⁶. Cumplieron una función de acuerdo a las necesidades de expansión y consolidación política y económica del nuevo régimen, comparable al de otras instituciones como la encomienda de indios, instituida en 1503 por la Corona española. La encomienda fue en la práctica un subterfugio legal para los abusos cometidos por los conquistadores contra los indígenas, lo que motivó la denuncia de algunos frailes dominicos.⁵⁷

El fin de control social por parte de los hospitales descalifica sus estrategias en la salud (uso de la lengua nativa, asistencia de curadores indígenas, tratamiento con yerbas medicinales, entre otras) de “adecuaciones interculturales” porque el término de interculturalidad en el sentido político-social implica conceptos, definiciones y

⁵⁴ Ministerio de Salud-PRONIEM. Evolución de la Infraestructura Hospitalaria en el Perú. *Boletín Informativo* Vol. 1 N° 8, 2005, pp. 1-2

⁵⁵ Bustios, C. *Cuatrocientos Años de la Salud Pública en el Perú 1533-1933* UNMSM, 2002, p. 86.

⁵⁶ Campos, óp. cit., p. 598.

⁵⁷ Cerca a la navidad de 1511 el dominico Antonio de Montesinos pronunció su famoso sermón en el que atacaba duramente el sistema de encomiendas.

discursos que se concretan en la ética y en las ideas de ciudadana de la sociedad post moderna; sin embargo, como extensión dilatada del uso se ha impuesto bajo el nombre de interculturalidad “de hecho”.

Tanto en el Real Hospital de Santa Ana para la población indígena como en el de San Bartolomé para los esclavos negros y horros, las comidas se preparaban respetando los hábitos y las costumbres de los pacientes; para los indígenas predominaban los productos autóctonos (maíz, quinua y papas) y para la gente de color, las carnes y las legumbres.^{58,59}

Otras ciudades importantes del Virreinato del Perú fundaron sendos hospitales: en Trujillo, el hospital de San Sebastián en 1551; en el Cuzco, el hospital de San Lázaro en 1555, el de Nuestra señora de los Remedios en 1556 y el del Espíritu Santo en 1581; el de Huamanga en 1556 y el de Arequipa en 1559.

El hospital en la sociedad colonial era una institución de asistencia a los pobres; pero al mismo tiempo, de separación y exclusión. Hasta el siglo XVIII, el paciente del hospital no era el enfermo al que se debía de curar sino el pobre que estaba enfermo y desvalido. El pobre, como tal, necesitaba asistencia material, recibir auxilio y los últimos sacramentos; además, como portador de enfermedades y propagador de éstas debía ser separado y excluido porque era peligroso.⁶⁰

El personal hospitalario no estaba destinado a curar al enfermo sino a conseguir su propia salvación. Era un personal caritativo (religioso o laico) que estaba en el hospital para hacer obras de misericordia que le garantizaban la salvación eterna. La institución servía para salvar el alma del pobre en el momento de la muerte y también del personal que lo cuidaba.

⁵⁸ Rabí, M. *Del Hospital Santa Ana (1549 a 1924) al Hospital nacional “Arzobispo Loayza” (1925-1999) 450 años de protección de Salud de las Personas*. Tomo II de la Historia de la Medicina del Perú, Gráfica Finca, Lima-Perú. 1999, p. 89.

⁵⁹ Rabí, M. *El Hospital de San Bartolomé de Lima (1646-2000) La protección y asistencia de la gente de color*. Tomo III de la Historia de la Medicina del Perú, Graher, Lima-Perú. 2001, p. 86.

⁶⁰ Foucault, M. *Incorporación del Hospital en la tecnología moderna*. Educación Médica y Salud 11(1) 1978, p. 22.

El nivel de la medicina prehispánica fue similar al de la española que vino con la conquista, ambas tenían un efecto placebo en sus prácticas curativas; pero la medicina aborígen contaba con una mayor provisión de plantas medicinales.⁶¹

A pesar de que las plantas nativas fueron aprovechadas por los españoles para restablecer su salud y, muchas de ellas, llevadas a España como el caso de la quinina, los hospitales fundados en el Perú no emplearon curadores nativos; por lo menos, oficialmente. En cambio, en el virreinato de México, se dio una plena y abierta participación de los médicos indígenas en los hospitales para indios.

Fray Alonso de Molina, el estudioso de la lengua náhuatl del siglo XVI, señala en sus ordenanzas: “se necesita que sean preguntados los sabios verdaderos, los que experimentalmente conocen las yerbas, no los embaucadores, los que miran [adivina] en el agua, aquellos que son servidores del demonio. Pero un muy gran servicio de los cofrades será que hagan entrar al hospital a los *titici* médicos, pero que entren los que son *tlanantinime*, sabios verdaderos [...] Sólo estos allá vivirán [en el hospital] los que son sabios verdaderos, los que conocen por experiencia las yerbas...”⁶²

La medicina española de la conquista conservaba la influencia hipocrática, galénica y árabe. Los textos médicos que circulaban durante el siglo XVI en la reciente fundada ciudad de Lima fueron la *Articella* de Galeno, el *Canon* de Avicena, los escritos de Albucasis y el *Nonus Almansoris* de Razés.⁶³ Fue esta misma medicina la que se enseñó en los Hospitales Mayores y la que empezó a enseñarse, desde 1634, en la Universidad de San Marcos que había sido fundada en 1551 gracias a la iniciativa de los dominicos.

Junto con los conquistadores, Francisco Pizarro y Diego de Almagro, llegaron al Perú dos hábiles cirujanos, Jerónimo Enríquez y Bachiller Marín muy “hábiles

⁶¹ Alarcón, G.; Espinoza, L.; Pamo-Reyna, O. *Medicina y Reumatología Peruanas. Historia y Aportes*. Comité organizador PANLAR Lima-Perú 2006, p. 43.

⁶² León-Portilla, M. Las comunidades mesoamericanas ante la institución de los hospitales para indios. En: Aguirre, G. y Moreno R. (coords). *Medicina novohispana siglo XVI. Historia General de la Medicina en México*. Tomo II., UNAM, México, 1990, p 223.

⁶³ Cabieses, F. Historia de la Ciencia y Tecnología en el Perú. En: Mejía, J. *Historia del Perú*, Tomo X, editorial Juan Mejía Baca, 5ta. Edición, 1982, p. 242.

para las heridas” y con mucha “gracia para curar”. En 1537, don Hernando de Sepúlveda, *arquiatra* de Pizarro, fue nombrado protomédico sustituto por el cabildo de Lima.⁶⁴ El primer protomédico peruano fue don Francisco Bermejo y Roldán, natural de Lima, en el año de 1692.

La educación universitaria se caracterizó por ser profundamente religiosa y conservadora llena de prejuicios, sofismas y preocupaciones metafísicas,⁶⁵ dado su carácter escolástico, la educación médica quedó anclada e incapacitada de absorber y difundir los adelantos que se iban sucediendo en Europa, esta condición se mantuvo hasta fines del siglo XVIII, cuando don Hipólito Unanue dio inicio a una auténtica reforma y modernización en la educación de las profesiones sanitarias.

En la sociedad virreinal del siglo XVI, el acceso a la carrera medica estaba reservado para quienes podían demostrar su “limpieza de sangre”; es decir, ser español o descendiente legítimo de españoles por ambas líneas; en cambio, la labor quirúrgica la cual no era muy bien considerada recaía entre los mestizos y pardos, entre los que destacaron los cirujanos mulatos José Manuel Valdés⁶⁶, José Manuel Dávalos y José María Moreno.

En los escritos sobre medicina virreinal del médico e historiador peruano Juan B. Lastres se cita el libro “Milicia Indiana” (1599) de Bernardo de Vargas Machuca, donde se hace referencia al empleo de la experiencia de los indios herbolarios en los ejércitos españoles junto con la de los cirujanos españoles, para curar las heridas y envenenamientos de los soldados.⁶⁷

Entre 1572 y 1574, el virrey Francisco de Toledo dictó algunas ordenanzas sobre higiene y salud pública: los alcaldes debían cuidar la limpieza de las calles y de las casas, se castigaba al indio o india que vendía a sus hijas para mancebas, los

⁶⁴ Cabieses, óp. cit., pp. 240-1.

⁶⁵ Díaz, N y col. Estado de la Educación en la Colonia. En: Cabezas R. *Historia de la Educación Peruana. Periodo Republicano 1821-1995*. Editorial San Marcos 1996. pp. 17-24.

⁶⁶ José Manuel Valdés pudo graduarse de médico gracias a una solicitud del Cabildo de Lima dirigida al rey Carlos IV.

⁶⁷ Lastres, J. *Historia de la Medicina Peruana. La Medicina del Virreynato*. Tomo V, Vol II, Lima-Perú 1951, p. 82.

indios debían dormir en barbacoas, aquel indio que se encuentre enfermo todo el año o la mayor parte de él quedaba exonerado del tributo con cargo a la caja comunal y que se cobre a los indios un tomín de plata para el hospital.⁶⁸

El curanderismo indígena se desarrolló de manera paralela y secreta al de la medicina oficial española, sobre todo, en la población aborigen donde tenía arraigo. Estas prácticas, basadas en concepciones mágico-religiosas, fueron combatidas por el clero y el poder político, a través de feroces persecuciones.⁶⁹

En 1621, el padre jesuita Pablo Joseph de Arriaga publicó un estudio sobre la extirpación de idolatrías entre los indígenas del Perú y condenó el alcoholismo, la danza, los sacrificios en los rituales y el curanderismo: “los Indios Hechiceros, ministros de Idolatría, por ningún modo curarán a los enfermos; por quanto la experiencia ha enseñado, que quando curan hacen idolatrar porque conocen las virtudes de las yerbas, examinará el Cura de este pueblo el modo con que curan sea ageno a toda superstición.”⁷⁰

La persecución de idolatrías no diferenció la relación que existía en el mundo andino entre medicina y religión, algunos curadores y curadoras fueron acusados y ejecutados por brujería y hechicería, perdiéndose una invaluable gama de saberes y procedimientos diagnósticos y curativos.

La medicina indígena prohibida y secreta fue *invadida*, poco a poco, por los elementos mágicos del África y de la religión cristiana, de este sincretismo cultural, nació una medicina que sobrevivió a una realidad basada en la opresión y luego durante la república tuvo que adaptarse a la dominación del MMH.

⁶⁸ Confróntese Jaramillo Infante *Ordenanzas del Virrey Don Francisco Toledo relativas a la Higiene y Asistencia Social*, Anuario Médico del Perú. Lima-Perú 1928, p. 69-119. El tomín fue el impuesto indígena destinado al sostenimiento de los hospitales.

⁶⁹ Alarcón, óp. cit., p. 49.

⁷⁰ Arriaga, P. *La extirpación de la idolatría en el Perú*. Lima Imprenta Sanmarti y Cia., 1920, p. 38.

2.2.2. Antecedentes durante la primera mitad del siglo XX

Mientras el ejercicio médico estuvo en manos de quienes profesaban las ideas religiosas, mágicas y empíricas conservó su visión integradora y holística, cuando pasó a manos de quienes profesaban el método científico se logró entender algunas constantes verificables, controlables y predecibles de la biología y fisiología humana; pero “se perdió al enfermo mismo al centrar la atención en los órganos y los tejidos [...] la comprensión de las relaciones interpersonales, la consideración del hombre detrás del caso clínico y del caso clínico en función del hombre.”⁷¹

Este cambio de paradigma se inicia en la segunda mitad del siglo XIX con los grandes descubrimientos científicos⁷² que reforzarían el modelo biologista en las ciencias médicas en detrimento del sociobiológico; en nuestro país, este cambio se acentuó durante el paso al siglo XX, tras el fatídico episodio de la Guerra con Chile y la necesidad de reconstruir el estado peruano.

En 1903, se creó la Dirección de Salubridad adscrita al Ministerio de Fomento para contrarrestar las consecuencias de diversas epidemias como la peste bubónica que afectaba las principales ciudades de la costa norte del Perú, a los que se sumaba los casos de malaria y tuberculosis en la costa centro y sur, también la presencia del bocio, la uta y las epidemias de tifus y viruela en la sierra, así como los brotes epidémicos de paludismo y anquilostomiasis en la selva.

Frente a este panorama insalubre, el pensamiento médico oficial reprodujo la visión del estado nación de la oligarquía peruana señalando como causa epidémica la “degeneración racial [...] y en porción insignificante, está la raza blanca, más o

⁷¹ Seguí, C. *Medicinas tradicionales y medicina folklórica*. Banco Central de Reserva del Perú, Fondo Editorial, Lima Perú 1988, p. 17.

⁷² La teoría celular de Schleiden y Schwaan (1838), el uso del óxido nitroso como anestésico por Wells (1844), la teoría de la evolución de Darwin y Wallace (1858), Virchow demuestra que toda célula procede de otra anterior (1858), Pasteur refuta la generación espontánea (1864), los reflejos condicionados de Pavlov (1889) y los rayos X por Roentgen (1895).

menos acriollada, pero un tanto impotente para hacer valer su superioridad étnica y su evidente aptitud para las funciones del modelamiento nacional⁷³.

La presencia de las epidemias mostraron la ineficiencia del aparato sanitario, las condiciones insanas y precarias de las ciudades y la tendencia de culpar a los más pobres y excluidos como los responsables de las enfermedades.⁷⁴

El racismo científico y la eugenesia europea fue aceptada casi sin reticencias por los mismos profesionales de la salud que, en 1927, fundaron el Instituto de Medicina Social (IMS). El IMS reorientó la mentalidad del médico peruano hacia la prevención de la enfermedad y el ejercicio de las leyes sanitarias en el país.⁷⁵

Las campañas de vacunación han sido, en mayor número, rechazadas por la población y especialmente por las comunidades indígenas. Las razones no solo fueron culturales, había el temor a los efectos secundarios (incapacidad temporal), y a la aplicación de medidas sanitarias extremas, como la incineración o el uso de la fuerza para aplicar la vacuna.

En 1933, la ciudad de Puno fue el escenario de la primera experiencia en articular la medicina indígena con los métodos de la salud pública occidentales en el Perú. Este cambio cualitativo en la práctica de la salud rural se desarrolló en un contexto social de relativa paz entre los hacendados y las comunidades indígenas, la presencia de los adventistas argentinos y norteamericanos en el altiplano peruano⁷⁶ y el indigenismo que alentó la revaloración de las culturas prehispánicas y fortaleció un nacionalismo regional y étnico en el Perú provinciano.⁷⁷

⁷³ Paz Soldán, C. El Próximo Centenario y el Saneamiento del Perú. En: Paz Soldán, C. *La Política Sanitaria en el Perú (1916-1925)* Biblioteca la Reforma Médica. Lima-Perú, 1926, p. 13.

⁷⁴ Cueto, M. *El Regreso de las Epidemias Salud y sociedad en el Perú del siglo XIX*. Instituto de Estudios Peruanos, Lima Perú 2000, p. 18

⁷⁵ UNMSM. Proyecto del Reglamento del Instituto de Medicina Social/Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Emp. Edit. Rímac, 1931.

⁷⁶ Desde 1909, los adventistas recorrieron los pueblos del altiplano peruano-boliviano haciendo de médicos y maestros, combatiendo el alcoholismo y el abuso de la coca y promoviendo la autoestima entre quienes aceptaban su credo.

⁷⁷ Cueto, M. 2000, *ibidem* p. 96.

Este movimiento sociosanitario conocido como “Rijcharismo”⁷⁸ se fundamentó en la promoción de la higiene, el respeto a los patrones culturales quechua y aymara, en la participación comunitaria y el compromiso con los curadores, parteras y líderes de las comunidades indígenas.

El reconocimiento a la importante labor que venían cumpliendo los curanderos y herbolarios permitió su inclusión en la praxis sanitaria. El respeto a las creencias indígenas exigió el uso de explicaciones mágicas para aceptar la vacunación antivariólica, como que la vacuna era el remedio contra todos los males; asimismo, el uso de hierbas y emplastos para tratar algunas enfermedades y lesiones.

Manuel Núñez Butrón, fundador y líder del “rijcharismo”, fue originario de Puno (Samán, provincia de Azángaro); desde su niñez hasta su juventud, experimentó un profundo problema de identidad, para los indígenas era un misti y para los blancos era un indio.⁷⁹

El cierre temporal de la Universidad de San Marcos en 1921 y la oportuna ayuda del comerciante italiano Serafín Firpo le dieron la oportunidad de estudiar medicina en Barcelona (España), donde permanecería por cinco años (1921-1925)

La sanidad europea en la que se educó Núñez Butrón pasaba por un momento de renovación. La Revolución Socialista en Rusia (1917) y el aporte teórico de Alfred Grotjahn en la Medicina Social de Alemania (1924) revaloraron los conceptos sociales como los determinantes de la salud colectiva y la adopción de nuevos términos sanitarios como promoción y comunidad.⁸⁰

El objetivo de las brigadas “rijcharistas” era “el mejoramiento de la salud física y mental de los indígenas, declarando como enemigos al analfabetismo; al piojo, transmisor del tifus exantemático; al alcohol que bestializa; al papel sellado,

⁷⁸ La palabra "rijcharismo" deriva de la voz quechua rijchariy, que significa "despierta".

⁷⁹ Núñez, M. *Impresiones de un Indio Runa Soncco* Nro. 3, Junio 24, 1935; pp. 12-4.

⁸⁰ Bustios, óp. cit., pp. 258-9.

elemento de la pleitomanía...”⁸¹ Su sentido de desarrollo, llevó al movimiento a fundar escuelas rurales *rijcharys*, donde se enseñaba a leer, escribir y diferentes oficios; también se implementaron bibliotecas ambulantes y espectáculos teatrales en lenguaje nativo y al aire libre.

La publicación de 1935 a 1948 de la Revista *Runa Soncco*⁸² reflejó un deseo por integrar la cultura sanitaria andina y la salud pública occidental, a través de un tono político moderado que poco a poco fue haciéndose más crítico, reivindicativo y al final rebelde, hasta despertar la animadversión de los hacendados, abogados, comerciantes y de la propia iglesia católica.

Los grupos de poder (hacendados, gamonales, funcionarios y el clero) se sintieron “atacados” por la educación que recibían los indígenas de parte de los adventistas, porque así perdían su ascendencia sobre ellos y, a su vez, se volvían más hábiles en reclamar sus derechos.

La Subprefectura de Juliaca prohibió seguir inaugurando nuevas escuelas *rijchary*⁸³; a fines de 1937, consiguió descabezar el movimiento sanitarista a través del traslado de Núñez Butrón al departamento de Amazonas, y luego a Huancavelica.

En 1945, después de ocho años de ausencia, Núñez Butrón regresó a Juliaca. Gran parte del Rijcharismo se había perdido, pero siguió adelante aunque sin los bríos iniciales. Reeditó la revista *Runa Soncco* y desde sus páginas continuó defendiendo los aspectos principales de su doctrina sociosanitaria.

El 7 de diciembre de 1952 Manuel Núñez Butrón, conocido como el Hatun Rijchary, falleció a los 52 años de su edad, víctima de la policitemia y de una complicación pulmonar; poco antes de morir, pidió que fuera enterrado en la ciudad de Arequipa con una inscripción, sobre su tumba, de la brigada *rijchary*.

⁸¹ Frisancho, D. Manuel Núñez Butrón y el “Rijcharismo”. *Acta Médica Peruana Vol 18, N° 2* Mayo-Agosto, 2001.

⁸² *Runa Soncco* es voz quechua, significa “corazón de indio” o “aquel que ama a los indios de todo corazón”. No solo se publicaron artículos sobre sanidad, en su carátula aparecieron sendas traducciones del himno nacional en quechua y aymara.

⁸³ Frisancho, óp. cit.

El aporte más importante del Rijcharismo fue la creatividad y tenacidad en un nuevo modelo de política sanitaria acorde con la realidad geográfica, social y cultural de sus habitantes, trabajando con los recursos humanos y materiales que se tenía a la mano y no esperando soluciones *de afuera*.

Si bien el Movimiento Rijchari fue una estrategia sanitaria que se legitimó en el diálogo y la participación entre las diferentes comunidades indígenas, no pudo evitar el uso de medidas autoritarias como: “la ayuda policial para obligar a los indígenas a bañarse en el río y cortarse el pelo y convenció al jefe de la estación de ferrocarriles de Juliaca a exigir un certificado de vacunación antivariólica en la venta de boletos a los pasajeros indígenas”⁸⁴; además, del rol paternalista y casi caudillesco de Núñez Butrón dentro del movimiento.

Los pilares fundamentales de su doctrina fueron la comunicación en lengua nativa, el conocimiento de las costumbres e idiosincrasia de los indígenas y la amistad con los herbolarios y curanderos. Estos últimos, fueron los primeros "promotores de salud" considerados hoy como una experiencia pionera en la historia de la salud pública a nivel mundial.

La integración de la cultura occidental con la indígena nunca fue del todo completa, la tensión entre las explicaciones científicas y las mágicas persistió; así como el conflicto en la articulación de procedimientos y terapias occidentales y los patrones culturales y la idiosincrasia indígenas.

Núñez Butrón fue consciente de los problemas que no se pudo superar y de las frustraciones ocasionadas por esta experiencia sociosanitaria, en una entrevista concedida a la revista *Medicina Social* dice: "No estoy aún satisfecho, mi labor está trunca y apenas si se ha puesto en el camino social de la Medicina Peruana, uno de los muchísimos escalones que hay que recorrer"⁸⁵

⁸⁴ Cueto, óp. cit., p. 124.

⁸⁵ *La Gran Cruzada sanitaria*. Medicina Social 11(16) Oct-Dic, 1952, p 13.

Para retomar este largo y arduo camino debemos recordar y tener siempre presentes las palabras en quechua con las que el Hatun Rijchari, Manuel Núñez Butrón, solía terminar sus asambleas dominicales en el patio de su casa frente a decenas de personas: "¡Rijchariychis!, ¡Rijcharisun!, ¡Rijcharisun puni!"⁸⁶.

2.3. Bases Teóricas

2.3.1. La Salud y la Cultura

La salud está presente en los significados y prácticas de nuestro cuerpo: el nacimiento, el desarrollo físico, la sexualidad, el bienestar social y la muerte. La salud se evidencia en los hábitos, los comportamientos, las costumbres, la idiosincrasia y las creencias de una población; incluso, en su noción axiológica representada por el dualismo del bien y del mal.⁸⁷

Los modelos de atención en salud son inherentes a los diferentes cambios que moldean la sociedad en las que se desarrolla; por ejemplo, la medicina moderna (las políticas de salud pública, la especialización de la medicina, entre otros) es hija de la revolución industrial.

En todo modelo de salud, incluyendo el de la medicina académica u oficial, coexisten concepciones de salud y de enfermedad dominadas fuertemente por lo simbólico; por ejemplo, el guardapolvo blanco, el estetoscopio, el caduceo de Mercurio y la visita médica.

La salud, por lo tanto, es cultura en el amplio sentido de la palabra, y la podemos clasificar en símbolos y comportamientos transmitidos y transformados a

⁸⁶ "¡Despierten!, ¡Despertemos!, ¡Estemos siempre despiertos!"

⁸⁷ Para el aymara Mauricio Huenchulaf, Director Nacional de la Conadi (Corporación Nacional de Desarrollo Indígena) la salud debe ser "entendida como equilibrio entre las fuerzas buenas y malas que viven en nuestro mundo." Confróntese: OPS, OMS. *Memoria del Primer Encuentro Nacional Salud y Pueblos Indígenas: hacia una Política Nacional Intercultural en Salud*. OPS, 1998, p. 6.

través de las generaciones de un determinado grupo social por medio de un sistema de comunicación; pero paralelamente, conforme la sociedad se desarrolla, los grupos de poder empiezan a menospreciar las prácticas de salud de otros grupos.

Cuando la asimetría de poder es creciente, los que detentan el mayor poder imponen su orden y comienzan a erradicar las prácticas de los grupos subordinados utilizando toda una gama de subterfugios ideológicos y legales, mostrándolas como obstáculos y remanentes sociales, o llamándolas “barreras culturales”.

Los programas sanitarios orientados a las poblaciones indígenas se enfocan más en erradicar sus representaciones sociales que en comprender su verdadero significado dentro de una racionalidad diferente⁸⁸; y así, poder transformarlas y no erradicarlas por otras representaciones. La transformación se hace dentro de sus propios marcos culturales, la erradicación en cambio encierra una imposición.

Como consecuencia de esta mala praxis, existe en las comunidades indígenas del Perú y de todo país con mayoritaria población amerindia, una disociación entre sus conceptos sobre la salud y la atención médica brindada en los servicios de salud.

En una muestra de mayores de edad, en ambos géneros, de la zona rural de Pomabamba en Ancash, ante la pregunta qué es estar sano las respuestas se enmarcan en el quehacer diario: “estar con fuerza”, “estar contento alegre y feliz”; algunas señalan la ausencia de enfermedad: “no hay dolor, ni molestias” o incluso, una relación etaria que podría ser considerada un estado espiritual: “salud es ser joven”⁸⁹

Se ha mencionado el pensamiento animista de la población andina como una característica de su cosmovisión, lo que para algunos investigadores sociales, los hace impermeables al raciocinio causa-efecto del positivismo; y más bien, lo que le

⁸⁸ Camino, L.; Roeder, E.; Montibeller, M. *Estudio Exploratorio para desarrollar un enfoque intercultural y de mejoramiento de calidad de los servicios de salud en los departamentos de Huancavelica, Ayacucho y Andahuaylas en el marco del programa de modernización del sector salud*. Proyecto AMARES, MINSA, Comisión Europea. Mayo 2003, p. 7.

⁸⁹ Aliaga, G. Propuestas para la construcción de una política de salud intercultural. En: Vilchez, E.; Valdez, S.; Rosales, M. *Interculturalidad y Bilingüismo en la Formación de Recursos Humanos: Educación, medicina, Derecho y Etnodesarrollo*. UNMSM-CILA, Lima-Perú, 2007, p. 284.

causa una mayor impresión a la población andina es “una expectativa de cómo pueden suceder las cosas en su conjunto”⁹⁰

Para el investigador José Yañez del Pozo, la salud en el mundo andino del Ecuador, *allí kawsay* (buen vivir), “se mantiene por el equilibrio y se pierde por la falta de reciprocidad.”⁹¹ El principio de reciprocidad se fundamenta en que todo lo que se hace a otro elemento del gran cosmos tiene su respuesta para bien o para mal.

Cuando la antropología mostró la coexistencia de la diversidad social, esta fue clasificada por el desarrollo económico o tecnológico alcanzado, así aparecieron las sociedades agrícolas, mercantilistas, pre-industriales, industriales o altamente tecnificadas. De igual manera, clasificaron la praxis médica en medicina mágico-religiosa, hipocrática, galénica, chamánica, científica, etc.; y la relacionaron con un nivel de desarrollo social, sobre todo, del campo tecnológico.

El estudio del desarrollo urbanístico de la gran ciudad descubrió la existencia de prácticas médicas que correspondían a sociedades clasificadas como *primitivas*; surgieron así algunas preguntas: ¿por qué este conocimiento ha permanecido sin cambio? ¿por qué las prácticas médicas denominadas *primitivas*, que se suponen superadas por la medicina científica, siguen siendo parte de la práctica social y a veces una parte muy importante, incluso más que la práctica científica misma?

La teoría marxista aporta una posible respuesta sobre la coexistencia de múltiples modelos de salud en las grandes ciudades. Desde su punto de vista, en la sociedad clasista, donde una minoría es dueña de los medios de producción y la estructura jurídico política e ideológica sustenta estas condiciones: se tiende a legitimar la exclusión de amplios sectores de la población, no solo de la propiedad de los medios de producción, incluso de la posesión de cualquier elemento que le permita develar la situación de explotación en la que vive.⁹²

⁹⁰ Cáceres, E. *Si crees los Apus te curan. Medicina Andina e Identidad Cultural*. Centro de Medicina Andina, Cuzco-Perú, 1988, p. 33.

⁹¹ Yañez, J. *La Lógica de la relacionalidad en el mundo andino* [Internet]. Quito: ALAI; 2008 [citado 10 de julio 2012] Disponible en <http://alainet.org/active/26655&lang=es>

⁹² Vasco, A. La Medicina Popular. En *Medicina Popular*. Serie Salud y Medicina Popular, República Dominicana, 1981, p. 30.

Al legitimizar la exclusión, la mayoría de la población empieza a desconocer las condiciones biológicas que permiten construir un ambiente con mejores niveles de vida, dando lugar a conocimientos diferentes que se convierten en un mecanismo integrador porque “legitiman situaciones contradictorias, dan salidas esotéricas a situaciones conflictivas, llevan a la población a solucionar sus problemas de salud por la vía individual de su propio conocimiento, ocultándole así, el camino de la necesidad social de que la sobrevivencia colectiva, es una responsabilidad de la sociedad en su conjunto y no de las oportunidades individuales.”⁹³

La condición excluyente-vinculador del conocimiento popular de la salud existe en las sociedades de libre mercado, donde la prestación de los servicios de salud se convierten en meras mercancías a disposición solo de aquellos grupos de poder que tienen capacidad económica de compra.

Las relaciones de una sociedad de libre mercado conducen al dominio de una forma de conocimiento sobre los otros. En el caso de la salud, el conocimiento médico imperante estará lejos de los sectores económicos más empobrecidos para poder ejercer su hegemonía, a través de la especialización y la tecnificación.

El desarrollo tecnológico de la salud tiende a alejarse de los sectores más desfavorecidos, generando las condiciones para que la población con menos recursos recurra a conocimiento más económicos y accesibles como la automedicación, la consulta a amigos y parientes, al químico farmacéutico o al personal técnico de una farmacia y, por supuesto, a los *curiosos* y curanderos.

Otro elemento es la limitación misma del desarrollo del conocimiento. La ciencia al formar parte de una estructura social presenta limitaciones, determinantes y paradigmas que la orientan, privilegiando el desarrollo de determinadas áreas sobre otras. Los vacíos del conocimiento médico científico son reemplazados, a la larga, por respuestas de otros tipos de razonamientos que a su vez generan diferentes formas de conocimiento.

⁹³ Vasco, óp. cit., p. 31.

Un tercer elemento es la presencia de hechos que no tienen una explicación desde el punto de vista científico como el caso de la parasicología, la taumaturgia, el déjá vu, la levitación, la telequinesis, las memorias prodigiosas, etc.

Estos sucesos abren una brecha importante para que la recepción de otros tipos de *conocimientos* (brujería, charlatanería y curaciones milagrosas), que obedecen a intereses estrictamente crematísticos, tengan acogida en no pocos sectores de la población, incluyendo los sectores más pudientes.

2.3.2. La inclusión de las otras medicinas complementarias y alternativas: Naturista, Tradicional, Folklórica, Holística, Herbolaria, Ayurvédica, Antroposófica, Popular, Tântrica, Homeopática y no Convencional

La aparición de diferentes saberes médicos ha dado lugar a una variada gama de términos: folklórico, popular, holístico, herbolaria, etc.; lo que puede generar cierta confusión tanto para los beneficiarios como para los prestadores de salud.

El uso académico ha estandarizado en “complementario” y “alternativo” a todo modelo médico diferente al modelo médico occidental, convencional u oficial; ambos términos, señalan claramente una relación de subordinación al MMH.

La *National Center for Complementary and Alternative Medicine* de los Estados Unidos de América (EE. UU.), define una medicina como complementaria cuando se usa junto con la occidental para el tratamiento de un paciente, y como alternativa cuando se usa a cambio de la occidental.⁹⁴

La OMS, a inicios de los setenta del último siglo pasado, impulsó una División de Medicina Tradicional cuyas publicaciones sobre la diversidad de los modelos de atención en salud abarcó una amplia gama de terapias y prácticas como la medicina

⁹⁴ Duarte, M. Medicina occidental y otras alternativas: ¿es posible su complementariedad? Reflexiones conceptuales. *Cadernos de Saúde Pública* vol.19 Nro. 2 Rio de Janeiro Mar./Apr. 2003.

tradicional china, la homeopatía, el ayurveda hindú, la medicina unani árabe y la medicina indígena.

La OMS define la MT: “como prácticas, enfoques, conocimientos y creencias sanitarias diversas que incorporan medicinas basadas en plantas, animales y/o minerales, terapias espirituales, técnicas manuales y ejercicios aplicados de forma individual o en combinación para mantener el bienestar, además de tratar, diagnosticar y prevenir las enfermedades.”⁹⁵

Sus terapias incluyen la medicación, cuando se basan en el uso de hierbas partes de animales y/o minerales; las terapias sin medicación, como en el caso de la acupuntura; las terapias manuales, y las terapias espirituales. La MT se clasifica a menudo como Medicina Complementaria y/o Alternativa (MCA) o medicina “no convencional” en los países con un sistema sanitario oficial basado en la medicina alopática.⁹⁶

El Instituto Nacional de Salud (INS) hace dos aclaraciones sobre la idea de MT: 1) Al usar el término de medicina, delimitamos “los conocimientos tradicionales en salud a una comparación tan igual y bajo los estándares y normas definido desde “medicina occidental o académica”; 2) Los conocimientos tradicionales de la salud “no solo son medicinas, constituyen [...] un sistema integral de acciones, que incorpora otras formas de relaciones en sus procedimientos de curación y/o sanación; tales como elementos del ritual, la cosmovisión y la interrelación de terapias.”⁹⁷

Desde hace algunas décadas, el uso de las otras medicinas en los modelos sanitarios del mundo representa un enorme mercado: “En Malasia, se estima se gastan anualmente 500 millones de dólares estadounidenses en este tipo de cuidado de la salud, comparado con unos 300 millones de dólares estadounidenses en

⁹⁵ OMS. *Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005*. [Internet] Ginebra; 2002 OMS, p. 7 [citado 12 julio 2011] Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s2299s/s2299s.pdf>

⁹⁶ OMS. óp. cit., p. 1.

⁹⁷ MINSA, INS. [Internet]. Lima: *Medicina Tradicional* [citado 10 julio 2012] MINSA, INS Disponible en: <http://www.ins.gob.pe/portal/jerarquia/7/53/medicina-tradicional/jer.53>

medicina alopática. En EE. UU., el gasto total en 1997 en MCA se estima fue de 2700 millones de dólares estadounidenses.”⁹⁸

Según la National Health Interview Survey del 2007: “los adultos de USA gastaron de su bolsillo unos \$33.900 millones en tratamientos de MCA en los últimos 12 meses. De esa suma, los adultos dedicaron alrededor de \$22.000 millones a gastos de cuidado personal (es decir, en productos, cursos y materiales de medicina complementaria y alternativa), en tanto que gastaron los \$11.900 millones restantes en visitas de consulta a profesionales de medicina complementaria y alternativa.”⁹⁹

La medicina herbolaria es la más antigua de todas, se remonta al antiguo Egipto (aprox. 2700 años A.C.) con Imhotep, cuyos papiros describen el uso terapéutico de las plantas. En el caso de los pueblos amerindios, las plantas de uso medicinal plantean algunas paradojas si queremos entenderlas desde nuestra cultura, probablemente la más notable: “se refiere al hecho de que ellos mismos [los pueblos amerindios] consideren que una buena parte de estas [plantas medicinales] no tiene precisamente propiedades curativas naturales. Es decir que para estos pueblos no son las propiedades químicas de las plantas por si mismas las que curan.”¹⁰⁰

La segunda paradoja tiene relación con lo anterior: “para estos pueblos las plantas que curan, aquellas que pueden realmente modificar el estado de salud y no solo aliviar malestares, son plantas cuyos beneficios se accede gracias a propiedades y condiciones “sociales” antes que naturales. Desde la perspectiva de estos pueblos, la eficacia curativa de las plantas no depende de sus características naturales –es decir de esas propiedades o principios activos comprobados por los laboratorios– sino de una fuerza vital asociada a ellas. Más aún, la eficacia curativa depende propiamente de la relación social que se entabla con esa fuerza vital.”¹⁰¹

⁹⁸ OMS. óp. cit., p. 2.

⁹⁹ U.S. Department of Health and Human Services. Cam basics [Internet] Washington: 2009 [citado 12 Julio 2012]. Disponible en: http://nccam.nih.gov/sites/nccam.nih.gov/files/D331_0.pdf

¹⁰⁰ FORMABIAP, AIDSESEP, Instituto Superior Pedagógico Público “Loreto”. *La vida secreta de las Plantas Medicinales en los pueblos kichua, kukoma-kukumara y tikuna*. FORMABIAP, AIDSESEP Instituto Superior Pedagógico Público “Loreto”. 2008, p. 11.

¹⁰¹ FORMABIAP, et al. óp. cit., p. 11.

Una tercera hace referencia a los modelos epistemológicos indígenas que postulan la existencia de distintos planos de la realidad: “Uno de estos planos es visible el otro invisible, pero es en el segundo donde se expresan poderosas fuerzas vitales que tienen capacidad de influir en el plano visible, aquel de la experiencia cotidiana de las personas. El plano normalmente invisible de la realidad es más real que el de la experiencia cotidiana porque corresponde al modelo del mundo antes que experimentara las transformaciones que han separado a los humanos de los que alguna vez se mostraban habitualmente como gente. En esta realidad no directamente aprehensible estos seres continúan teniendo una existencia social que permite que humanos y plantas se relacionen entre sí como personas, es decir socialmente.”¹⁰²

Otra paradoja es que las plantas medicinales cumplen un papel importante en el proceso de “maduración” en niños y niñas: “Las plantas de uso medicinal hacen parte de los medios de crianza y educación orientados a la maduración de la personalidad social, la adquisición de disposiciones morales y el desarrollo de las destrezas físicas requeridos para el desempeño de la persona en la sociedad.”¹⁰³

Esta “maduración” social incluye cualidades como: “aprender pronto a caminar o hablar, caminar sin hacer ruido y sin que a uno se le clave espinas en los pies, saber controlar el carácter o las emociones, ser bizarro, no tener pereza, ser trabajador, no cansarse, tener valor, no ser vergonzoso, no convertirse en una persona despreciable, tener brazos ágiles y fuertes para tejer hamacas o para hacer canoa, tener pulmones fuertes para tocar flauta o para soplar la cerbatana, etc. [...] En muchos sentidos este tipo de curaciones pueden ser entendidos como “tratamientos” preventivos, principalmente en el plano social ya que desde la perspectiva de las nociones indígenas de la salud una persona sin estas habilidades deseables no está sana o no será una persona sana.”¹⁰⁴

También la pérdida de habilidades en los varones, desorden conocido como “volverse atrás”. “En estos casos un hombre que era normalmente diestro en la caza o en la pesca, pierde de pronto la habilidad –que ha adquirido anteriormente y posee

¹⁰² FORMABIAP, et al. óp. cit., p. 12.

¹⁰³ FORMABIAP, et al. óp. cit., p. 13.

¹⁰⁴ *Ibíd.*

en todo su cuerpo— de percibir y anticipar mediante los sentidos la presencia de los animales, de caminar sin hacer ruido, de no sudar, de orientarse en el monte.. En estos casos los tratamientos con plantas y otros devuelven la habilidad a esa persona y por ese intermedio lo rehabilitan social y productivamente.”¹⁰⁵

Aparte de la carga simbólica, se induce el hecho que para los modelos médicos indígenas la salud y la enfermedad no constituyen procesos puramente biológicos y fisiológicos, sino que ambos son procesos experimentados, interpretados, definidos y resueltos a través de la cultura, que como sistema de comportamientos y símbolos proporciona un marco para describir, conocer y elaborar esa realidad.

Los principios con que operan los modelos médicos indígenas son muy amplios como para ser detallados; además, sus técnicas de curación aparte de las plantas, incluyen tipos de dieta, la relación de las personas con su entorno, el medio ambiente, ente otras. Articular la MT con la medicina académica, no es tarea fácil porque las indicaciones de ambos modelos podrían ser excluyentes.

En un simposio sobre las otras medicinas, el Dr. Augusto Espejo ofrece con claridad la diferencia que existe entre ellas: “La Medicina Holística es un enfoque del diagnóstico, tratamiento, prevención y mejoramiento del ser humano, tanto en su crecimiento como en su desarrollo. Trabaja fundamentalmente cinco niveles: cuerpo, mente, emociones, energía y consciencia. El paciente debe reflexionar acerca de su enfermedad porque por lo general lo vemos como algo negativo pero, en realidad, ésta nos está indicando un desbalance (*sic*) y nuestro cuerpo está tratando de buscar un equilibrio, una armonía y dicha armonía no se consigue tomando pastillas, ni hierbas, etc. Es cierto que se puede equilibrar hasta cierto nivel, pero si uno trabaja hasta nivel profundo, ocurre primero una curación y luego una sanación. La sanación implica un darse cuenta de los procesos que acompañan a la enfermedad y que están ocurriendo dentro de cada persona. Para lograr esto, se requiere el acceso a los

¹⁰⁵ *Ibíd.*

estados Ampliados de Consciencia a través de las Técnicas de Meditación ad-hoc y le uso sinérgico y equilibrado de Diagnósticos y tratamientos a 5 niveles.”¹⁰⁶

La medicina antroposófica pretende ampliar los límites de la medicina académica, por lo tanto, está basada en la ciencia. El austriaco Rudolf Steiner, filósofo, educador, artista, autor teatral y esoterista, sentó su fundamento en la conciencia espiritual como la base de la salud individual y de la salud social. Steiner creía que los más antiguos modelos de curación, como la MT china, la medicina ayurvédica y la tibetana, se basan en una percepción espiritual del mundo que la ciencia moderna ha perdido. El médico antroposófico debe haber seguido estudios y tener un título de la medicina oficial o alopática y de preferencia una especialidad médica.

Sobre esta ampliación médica, el Dr. Yván Villegas dice: “La antroposofía ha desarrollado una imagen del hombre que está sustentada en el cuerpo físico, cuerpo etéreo, cuerpo astral y la organización del YO. En la primera estancia necesitamos un diagnóstico orgánico morfológico, es decir un diagnóstico convencional; por eso que el médico antroposófico tiene que ser un médico titulado. Luego hacemos un análisis del estado de salud fisiológico (cuerpo etéreo); otro del estado anímico y emocional y otro de la actitud de conciencia del paciente.”¹⁰⁷

La medicina antroposófica desarrolla sus propios medicamentos. Buena parte de ellos según los métodos homeopáticos; pero puede utilizar los tratamientos de la medicina convencional; así como otros esquemas de adicionales como la fitoterapia, la gimnasia y la escultura terapéutica, la termoterapia, el masaje rítmico, la musicoterapia, etc.

Y en lo que concierne a la relación médico-paciente: “El médico de orientación antroposófica se basa en la ética general de la deontología médica y añade a ello la obra filosófica de Rudolf Steiner, *La filosofía de la libertad* donde se desarrollan las

¹⁰⁶ Espejo, A. Medicina Holística. En: Universidad Ricardo Palma Instituto de Estudios Clásicos Occidentales y Orientales. *Todas las Medicinas: Oriente y Occidente*. Universidad Ricardo Palma, 2010, p. 43.

¹⁰⁷ Villegas, Y. Medicina Antroposófica. En: Universidad Ricardo Palma, Instituto de Estudios Clásicos Occidentales y Orientales. *Todas las Medicinas: Oriente y Occidente*. URP, 2010, p. 58.

bases de "una concepción moderna del mundo", concepción que tiene el individualismo ético como centro y con una visión del hombre que reconoce su individualidad espiritual como eterna e indestructible aunque viva en un cuerpo enfermo o impedido.”¹⁰⁸

La Homeopatía fue enunciada por Hipócrates en el siglo V a.C., su principio fundamental se basa en curar una enfermedad a través de sustancias que provocan en el organismo un estado similar al de la enfermedad que se quiere combatir. Este principio fue negado, siglos después, por Galeno y su uso empezó a decaer; hasta que en 1790, el médico alemán, Samuel Hahnemann, decidió experimentar en sí mismo el efecto de sustancias tóxicas previamente diluidas y agitadas en un procedimiento llamado dinamización, que reveló nuevas propiedades de los componentes.

Dentro de la MT china, la acupuntura es no solo la más popular de ellas sino la de mayor prestigio por sus resultados. El Dr. Leopoldo Martos, diserta sobre el tema: “La formación científica que tiene el médico occidental le dificulta tremendamente el acceso a esa forma de concepción de vida, porque es “acientífica” e “irracional”, debido a que partimos de la idea de que cada ser es un hecho único e irrepetible y mucho de la ciencia occidental se basa en la repetición para constatar un suceso. [...] las creencias que maneja el paciente, influyen sobre la forma de respuesta celular; es decir, lo que yo creo, cómo lo creo y cómo enfoca la forma de conceptualizar la vida y mi existencia, va a determinar, de forma decisiva en la respuesta celular. Es decir, determina cómo se comporta en la vida; cuando hablamos de fe, en que la principal fuerza sanadora es la fuerza del amor, no estamos diciendo tonterías. Si yo parto del respeto absoluto a la creencia de otro ser, entonces puedo decir que su creencia me enriquece, ya que a cada uno la vida nos ha dotado de la visión de una parte muy pequeña de la inmensa realidad, de eso que llamamos verdad.”¹⁰⁹

La MT en el Perú es una práctica que se ha desarrollado a través de toda nuestra historia. Transmitiéndose de generación en generación, por los diferentes

¹⁰⁸ Clínica Elias [Internet]. Madrid: La medicina Antroposófica. [citado 25 mayo 2012] Clínica Elias [aprox 2 pantallas]. Disponible en: <http://www.clinicaelias.es/Medicina.html>

¹⁰⁹ Martos, L. Medicina tradicional China: Acupuntura. En: Universidad Ricardo Palma, Instituto de Estudios Clásicos Occidentales y Orientales. *Todas las Medicinas: Oriente y Occidente*. URP, 2010, p. 63-4.

pueblos de la selva, del ande y de la costa. La importancia de la MT fue reconocidas internacionalmente, casi un año antes de la Conferencia Internacional de Alma-Ata, en la reunión de la OMS llevado a cabo en 1977¹¹⁰. En este evento se declaró de suma importancia las prácticas médicas ancestrales presentes en los pueblos no occidentales de los diferentes países del mundo.

La MT, llamada también medicina indígena, aborigen, popular, folklórica, nativa o simplemente etnomedicina, es un modelo de salud empírico nacido del pueblo y bien aceptado por éste. La MT resultados efectivos, eficientes y eficaces para la curación de algunas enfermedades y la resolución de los problemas culturales de la salud.

2.3.3. Legislación en el Perú de las otras medicinas

A fines de los ochenta, el INMETRA fue creado como un organismo descentralizado del MINSA para: “contribuir a elevar el nivel de la salud de la población peruana, especialmente nativa, rural y urbano marginal, dentro de los objetivos de la Atención Primaria de Salud, mediante el rescate de los valores de la MT y a través de la investigación científica y tecnológica, la docencia para la formación y capacitación del potencial humano, el diseño de programas de Salud y la normatividad para articular la MT con la Medicina Oficial.”¹¹¹

En 1997, el Consejo Directivo de la OPS revisó el progreso de esta iniciativa y mostró su preocupación por las condiciones de vida y salud de los pueblos indígenas, a través de la Resolución CD40.R6; en la que exhortaba a los países miembros a ser persistentes en sus esfuerzos para detectar, monitorear y eliminar las inequidades en el estado de salud y el acceso a los servicios de salud de los pueblos indígenas.¹¹²

¹¹⁰ World Health Organization. The Promotion and development and Tradicional Medicine. [Internet] Geneva: WHO Technical Report Series 622; 1978 [citado 10 julio 2012] Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s7147e/s7147e.pdf>

¹¹¹ MINSA. *Instituto Nacional de Medicina Tradicional*. MINSA-INMETRA, 1999 s/p.

¹¹² Rojas, R. *Crece Sanitos: Estrategias, metodologías e instrumentos para investigar y comprender la salud de los niños indígenas*. Washington DC: OPS; 2003.

Considerando ambas resoluciones, la propuesta del Programa de Salud de Pueblos Indígenas de la OPS establece cinco principios básicos, los cuales orientan la labor, facilitan criterios para la vigilancia y sientan las bases para la evaluación: 1) Enfoque integral de la salud, 2) Derecho a la autodeterminación de los pueblos, 3) Respeto y revitalización de las culturas indígenas, 4) Reciprocidad en las relaciones y 5) Derecho a la participación sistémica de los pueblos indígenas.¹¹³

La Ley General de Salud N° 26842 promulgada en 1997 reconoce, en su principio XVII del título preliminar: “La promoción de la medicina tradicional es de interés y atención preferente del Estado”; sin embargo, en la práctica la medicina occidental todavía ve con cierta reticencia a las otras medicinas, por su parte estas han ganado, poco a poco, un espacio en el sector público y en el privado, pero está muy lejos de tener un trato igualitario con la medicina occidental.

En 1993, el Perú ratificó el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) que busca garantizar la igualdad de oportunidades y de trato para grupos que se encuentran en situación de desventaja, y que exigen las garantías mínimas de sus derechos en las sociedades donde viven.

El inciso dos del artículo 25 dice: “Los servicios de salud deberán organizarse, en la medida de lo posible, a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales.”¹¹⁴

En el año 2000 se promulgó la Ley N° 27300, Ley del aprovechamiento sostenible de las plantas medicinales; y el 2002, la Ley N° 27821, Ley de promoción de complementos nutricionales para el desarrollo alternativo que presentaban ciertas inconsistencias para su ejercicio.

¹¹³ CEPAL [Internet]. *Santiago de Chile: Seminario Taller-Pueblos Indígenas de América Latina: políticas y programas de salud, ¿cuánto y cómo se ha avanzado?* CEPAL 2007. [citado 12 julio 2012] Disponible en: <http://www.eclac.cl/ceclade/agenda/9/28519/Convocatoria.pdf>

¹¹⁴ OIT [Internet]. *Convenio 169 Sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes*. OIT, 2007. [citado 12 julio 2012] Disponible en: http://www.oit.org.pe/WDMS/bib/publ/libros/convenio_169_07.pdf

La primera intenta promover el uso de las plantas medicinales en la población indígena donde no es necesario, y define a las plantas medicinales como aquellas “cuya calidad y cantidad de principios activos tienen propiedades terapéuticas comprobadas científicamente”; lo que nos dejaría sin ninguna planta medicinal a “excepción de la quina probablemente.”¹¹⁵ La segunda confunde el registro sanitario de los productos alimenticios, suplementos, complementos, y los productos usados en el proceso de salud-enfermedad que deben seguir un registro sanitario diferente.¹¹⁶

En el 2008, un proyecto de ley fue presentado por el “maestro huesero” Iván Reyna proponía incluir la MT como un complemento estratégico del Sistema Nacional de Salud; además, establecía y una serie de mecanismos de control y sanción para los curanderos que se mantengan en la ilegalidad.

Este proyecto de ley fue aprobado por el Poder Legislativo en mayo del 2009 pero fue observado por el Ejecutivo debido a las controversias por “equiparar la labor del curandero con la del médico científico; situarlos al mismo nivel “profesional”, lo cual contraviene el ordenamiento legal existente [...] pues haría incurrir a los chamanes en el delito de ejercicio ilegal de la medicina.”¹¹⁷

La iniciativa de la Congresista Hilaria Supa corrió igual suerte, presentó el Proyecto de Ley N° 02053/2007-CR, denominado “Ley de Reconocimiento de la Medicina Tradicional Alternativa y Complementaria y de los Agentes que la ejercen” que fue aprobado por el Congreso en junio del 2010 y en julio de ese mismo año el ejecutivo observa la autógrafa de Ley.

En mayo del 2011, la Comisión de Salud y la Comisión de Pueblos Andinos, Amazónicos y Afroperuanos, Ambiente y Ecología realizan una serie de

¹¹⁵ Salaverry, O. La complejidad de lo simple: Plantas medicinales y sociedad moderna. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. oct./dic 22(4) 2005, p. 246.

¹¹⁶ *Ibíd.*

¹¹⁷ Quevedo, Z. *Criterios para la salvaguarda de la Medicina Tradicional*. Pueblo Continente [Internet] 2012 Ene/Jun [citado 15 julio 2012] 23(1) Disponible en: [http://www.upao.edu.pe/publicaciones/PUEBLO_CONTINENTE/UPAO_PUEBLO_CONTINENTE_23\(1\)_2012.pdf](http://www.upao.edu.pe/publicaciones/PUEBLO_CONTINENTE/UPAO_PUEBLO_CONTINENTE_23(1)_2012.pdf)

recomendaciones en un texto sustitutorio; sin embargo, con el cambio de gobierno la autógrafa de ley fue archivada en el congreso.

La MT y la MCA, practicada por los curanderos indígenas, los estudiosos empíricos y los profesionales de nivel universitario o técnico, no cuentan todavía con una normatividad jurídica que las respalde. El Sistema Nacional de Salud le ha dado un espacio a las medicinas cuya efectividad ha sido comprobada científicamente, y su ejercicio favorecido por los organismos internacionales como la OMS y la OPS.

Entre los factores asociados a la falta de reglamentación tenemos: la subordinar de todas las medicinas al MMH; la falta de un auténtico diálogo entre las disciplinas médicas, sociales, jurídicas y la sociedad civil respecto de sus fundamentos, técnicas y posibilidades de curación; la carencia de investigaciones nacionales y de auténticas propuestas técnicas en los proyectos de ley que sustenten su reconocimiento, formalización, reglamentación y articulación en el modelo oficial de salud.¹¹⁸

En 1990, se promovió un Centro Piloto de Medicina Natural y Alternativa en el Centro de Salud “Alberto Barton” del Callao con la ayuda de la Sociedad Peruana de Medicina Alternativa y Complementaria (SPMAC)¹¹⁹

En la década de los noventa, el Estado implementó sendos programas de MT y MCA en el MINSA y en el Seguro Social de Salud del Perú (EsSalud). Hasta la fecha se vienen aplicando con un relativo éxito, sobre todo en EsSalud.

En 1994 se dio la Resolución Directorial N° 001-94 DISURS-1CALLAO/OS (MINSA), que aprueba el Programa de Salud de Medicina Tradicional y Terapias Alternativas en el Sector Callao, a pesar de su eficacia y eficiencia demostrada con

¹¹⁸ Quevedo, R. *La medicina tradicional en el Sistema Oficial de Salud en el Perú*. [Internet] Lima. Universitat Wien 2009 [citado 20 julio] Disponible en: http://univie.academia.edu/rosariodepribyl/Papers/417539/Medicina_Tradicional_en_el_Sistema_de_Salud_en_el_Peru

¹¹⁹ La SPMAC se fundó en 1980 originariamente como la Sociedad de Medicina Bioenergética.

bajos costos su implementación es lenta, solo en el 2001, se ha conseguido su aceptación en el Hospital San Juan de Lurigancho y Hospital San José del Callao.¹²⁰

La experiencia de EsSalud se inició en 1992 con la creación de un Instituto de Medicina Tradicional (IMET) del entonces Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS) mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva 097-IPSS-92¹²¹, en la ciudad de Iquitos, con el fin de investigar nuevas alternativas terapéuticas.

En 1994 se realizó un estudio comparativo entre el uso de MA y la terapia convencional a base de medicamentos. Los resultados mostraron que el 70% de los pacientes con diagnóstico de gonartrosis (artrosis de la rodilla) evolucionaron mejor con la MCA.

En 1997, la Escuela de Administración de Negocios (ESAN) diseña un estudio para determinar la demanda de la MCA en la población asegurada. Los resultados indican que el 86% de los encuestados acepta y quiere este tipo de tratamientos.¹²²

En 1998 se crea el Programa de Medicina Complementaria en el Seguro Social de Salud del Perú, a través de la Resolución de Gerencia General GG48711PSS-198 (07.05.98)¹²³ y dos años después, con la ayuda de la OPS y la OMS, se organiza un estudio para saber si estos programas eran verdaderamente costo-efectivos. Los resultados determinaron que entre el 53 al 63% fueron más costo-efectivas en relación con la medicina convencional.

En la necesidad de ampliar este servicio a nivel nacional se tuvo como limitante, la falta de recursos humanos debidamente capacitados, por lo que se estableció un convenio con la Universidad Nacional Mayor de San Marcos para llevar adelante, en el 2004, una Diplomatura en Terapias Alternativas.¹²⁴

¹²⁰ SPMAC. Reseña Histórica de las “Medicinas Alternativas y Complementarias” [Internet] (MAC) SPMAC 2009, [citado 20 julio 2012] Disponible en: http://www.spemac.org/historia_mac.html

¹²¹ *Ibíd.*

¹²² Villar, M. *Martha Villar. Seguridad Social en Salud, Perú. Panamá, 2011.* I Foro Regional de Recursos Humanos para la Salud y Pueblos Indígenas.: el desafío de la Interculturalidad [Internet] [citado 28 julio 2012] Disponible en: <http://www.youtube.com/watch?v=urpDKKr5bf4>

¹²³ SPMAC. óp. cit.

¹²⁴ Villar, M. óp. cit.

En el 2006, el Colegio Médico del Perú (CMP) implementa un Comité de Medicina Tradicional, Alternativa y Complementaria (CMTAC) con la finalidad de contribuir a regular, controlar y velar por la ética en el ejercicio de la MAC. Desde el 2010 este comité brinda asesoría permanente al CMP en todos los temas relacionados al ejercicio, desarrollo e investigación en MT y MAC.¹²⁵

Tanto el desarrollo como la implementación de la MT y la MAC, en el Sistema Nacional de Salud, se ve sujeta a una relación de poder con la medicina académica dominante, ya la misma palabra “alternativa” indica una subordinación; asimismo, la praxis de estos saberes por parte de los maestros curanderos no está debidamente reconocida por ley, a pesar de los esfuerzos por reglamentarla, estableciéndose una práctica informal y paralela.

2.3.4. La Interculturalidad y la odisea de su definición

Antes yo creía que había que tratar a la gente como yo quisiera que me traten a mí, pero con el enfoque intercultural ahora entiendo que no se trata de eso, sino de tratar a los demás... como ellos desean que los traten.

Riger Borges Arceo. Promotor Yucateco.

Secretaría de Salud. El enfoque intercultural: Herramienta para apoyar la calidad de los servicios de salud. Secretaría de Salud. México D.F. 2002, p. 9.

La construcción de la interculturalidad, en cualquier campo social, desemboca por inercia en el debate sobre su definición. Es preferible abordar el fenómeno de la interculturalidad no de una manera directa, sino en giros concéntricos de radios cada vez más cortos e intensos, deslizándonos en *espiral*, desde una exterioridad fría y concreta hasta un centro fundamental de ideas abstractas, de esta manera, se mantendrá abierta la entrada a nuevas y más cercanas aproximaciones.

¹²⁵ CMP [Internet]. Lima 2012 Comité de Medicina Tradicional, Alternativa y Complementaria [citado 28 julio 2012] Disponible en: <http://www.cmp.org.pe/institucion/organizacion/144.html>

Una característica interesante por la que podemos abordar a la interculturalidad o mejor dicho rodearla, es que para algunos autores su existencia probablemente sea tan antigua como la DC. Históricamente, lo intercultural se ubica: “en la vivencia más íntima del ayllu (comunidad andina) si por ella entendemos la crianza mutua y en equivalencia entre dos o más formas de vida”¹²⁶.

Para Madeleine Zúñiga: “los contactos frecuentes entre mercaderes y toda clase de viajeros en torno al mediterráneo, por la densidad de estas relaciones, constituyeron espacios importantes de diversidad cultural que generaron relaciones intensivas entre culturas o relaciones interculturales de hecho, esto es relaciones en las cuales, aunque las personas no necesariamente lo quieran ni lo busquen, se ven influenciadas de manera importante por rasgos culturales originados en tradiciones diferentes a la propia.”¹²⁷

He aquí una característica intrínseca de la interculturalidad: la Diversidad Cultural. Y la DC: “es una realidad vigente en la actualidad, se presenta en espacios definidos donde coexisten grupos humanos con tradiciones culturales diferentes; por lo tanto, parte por reconocer que existen otras culturas y estas poseen otras maneras de conocer las cosas, de pensar, de sentir y hacer.”¹²⁸

La DC es una constante, como hecho, cuando la humanidad empieza a agruparse y estos grupos, a coexistir. La alteridad fascinó a los hombres desde un principio, influenciando directamente en el desarrollo del conocimiento, del arte, de la filosofía y de las ciencias bajo formas como lo racial, el mestizaje y el relativismo. Pero su definición como un fenómeno social alcanzaría su mayor desarrollo, muchos siglos después, en la posmodernidad.

Esta fascinación por la DC tomó conciencia para dar paso a lo que podemos calificar como “actitud intercultural” (AI), la cual no es mera curiosidad intelectual ni interés por lo desconocido, sino un profundo deseo de enseñar al otro y de

¹²⁶ “Interculturalidad desde los,” (2001).

¹²⁷ Zúñiga, M.; Ansión, J. óp. cit. p. 13.

¹²⁸ Escuela Mayor de Gestión Municipal. Proyecto Promoción y Capacitación de Agentes Culturales en red: Perú, Bolivia y España. *Módulo2 interculturalidad: Diálogo entre iguales*. Escuela Mayor de Gestión Municipal. Perú, 2007, p. 13.

aprender del otro; si bien, la AI es imprescindible para que se dé el hecho intercultural no hace la interculturalidad per se, ni tampoco da patente de ciudadanía intercultural. La AI se funda en la concepción transformadora de la tolerancia.

Originalmente, la tolerancia significaba soportar algo, no a alguien; más tarde, fue entendida como soportar al forastero que profesa otra religión o tiene otras creencias. Esta tolerancia de carácter ético-individualista se enriqueció básicamente con el derecho y el pensamiento religioso *pluriversales*. Transformándose en virtud moral-social superando nuestra mismidad inicial hacia la alteridad plural, base de la AI. Cuando el “yo” reconoce al “otro” descubre su vaciedad, su contenido insuficiente, solo la máxima oposición en el encuentro con el “otro” le permite superar esas condiciones y construir su identidad incompleta.¹²⁹

La AI recíproca puede en contadas situaciones hacer interculturalidad de facto, pero generalmente el conocimiento aprendido y lo que se enseña pueden servir como instrumento de dominación, aculturación y asimilación¹³⁰; por lo que necesita sostenerse en un *respaldo* común que lo una con el otro ¿Qué podría ser ese *respaldo* para que se produzca el fenómeno intercultural?

Antes de continuar por la *espiral* es necesario conceptualizar algunas condiciones sociales y nacionales para poder acercarnos un poco más a este fenómeno.

a) Pluriculturalidad

La pluriculturalidad: “Implica una voluntad para descubrir, respetar y conocer a aquellas personas que son diferentes a nosotros/as, por lo que se expresa en nuestra actitud personal o de grupo frente a otras culturas. Así esta voluntad determina la

¹²⁹ Un ejemplo de actitud intercultural es el viaje que realizó el escritor Abraham Valdelomar a los 30 años de su edad, entre 1918 y 1919, por las serranías del norte y sur del Perú ofreciendo conferencias gratuitas sobre diversos temas para afirmar la identidad patriótica que los unía. Confróntese el documental *Hombres de Bronce-Abraham Valdelomar*, Panamericana Televisión, 1998.

¹³⁰ Las órdenes religiosas durante la colonia aprendían y enseñaban a los indígenas y viceversa pero dentro de un sistema de dominación de uno sobre el otro.

forma como nos relacionamos con los otros, es decir si nos manejamos *bien* o *mal* respecto a las personas de otras culturas, si esto permite aceptarlos o por el contrario, rechazarlos. Por lo tanto la pluriculturalidad se encuentra en las personas, en su propia cultura, en la capacidad de reconocer que *hay más de uno*, y de ir al encuentro de los otros y reconocernos, como parte de aquello que les permite un ejercicio de *alteridad*, es decir, el descubrimiento del *Alter-del otro*".¹³¹

No debe confundirse la pluriculturalidad con la AI, la primera no pasa de ser un ejercicio de alteridad alimentado más por satisfacción personal y/o de clase social; se conoce al otro pero no sabe nada de él. Esta condición estuvo latente en los exploradores y en los antropólogos de la segunda mitad del siglo XIX e inicios del XX¹³². Hoy podemos encontrarlo en la actitud del turista que viaja por la Amazonia o las verdes colinas del África, consciente de la otredad y satisfaciendo su placer de encontrar y conocer al otro.

El concepto de pluriculturalidad se consolida hacia el final de la modernidad; a pesar de que el fenómeno social es mucho más antiguo, y su aplicación política en la praxis se intensifica en el tránsito del estado moderno al estado liberal.

Las sociedades pluriculturales son aquellas en donde se ha tomado la decisión de convivir en permanente diálogo con todas y cada una de las culturas que la forman. Los grupos de poder establecen y delimitan la interacción de estos espacios sociales. La pluriculturalidad tiende a la asociación, al agrupamiento y sienta las bases de la institucionalización, dando lugar al segundo concepto de la *espiral*.

Un ejemplo de sociedad pluricultural fue la de *Separated but Equal* (Separados pero iguales) en los EE. UU. Desde fines del siglo XIX hasta 1954, los estados del sur establecieron una base legal que implantaba servicios públicos diferenciados para negros y blancos. La lógica de estas leyes segregacionistas se fundaba en que la

¹³¹ Escuela Mayor de Gestión Municipal. 2007, ibídem, p. 15.

¹³² Cuando se le preguntó al antropólogo escocés, James George Frazer, si vio alguna vez a los primitivos de quienes había escrito cientos de páginas, respondió: "Ni lo quiera Dios". Esta anécdota (quizás apócrifa) retrata a un científico social de gabinete pero pluricultural, a pesar de que la relación con el otro, puede ser cuestionada.

igualdad de derechos no era vulnerada, mientras negros y blancos reciban las mismas oportunidades y el mismo trato en los respectivos servicios públicos.¹³³

b) Multiculturalidad

La multiculturalidad implica la idea de articular en un sistema sociopolítico a los diferentes grupos culturales que conviven en un territorio establecido, teniendo como principio social la igualdad; aquí ya no existe la actitud personal, sino el nivel institucional, donde a través del diálogo y la negociación se va a proteger cada uno los intereses de los respectivos grupos culturales.

El principio de igualdad, como base de la multiculturalidad, fundamenta otro principio importante, el respeto; sobre todo, cuando se trata de grupos minoritarios o de menor poder. Hasta aquí, el término de multiculturalidad sirve para describir la interacción de culturas que comparten un mismo espacio geográfico sobre una base ética y legal. Viene ahora un segundo término que algunos politicólogos diferencian: el multiculturalismo.

Una primera aproximación al multiculturalismo, lo ofrece el antropólogo alemán Gunther Dietz al designarlo como “un heterogéneo conjunto de movimientos, asociaciones, comunidades y –posteriormente– instituciones que confluyen en la reivindicación del valor de la “diferencia” étnica y/o cultural así como la lucha por la pluralización de las sociedades que acogen a dichas comunidades y movimientos.”¹³⁴

¹³³ En realidad las oportunidades económicas, educativas, de empleo y de vivienda no eran iguales. Las escuelas públicas de blancos recibían más dinero y útiles nuevos, mientras las escuelas de negros, el mínimo dinero posible.

¹³⁴ Dietz, G. Del Multiculturalismo a la Interculturalidad: Un movimiento social entre discurso disidente y praxis institucional. En: Prado, J. del. *Diversidad Cultural, identidad y ciudadanía*. Córdoba, Instituto de Estudios Transnacionales, 2001, p. 17.

Según Schubert lo que constituye un movimiento social es: “su capacidad de autopropetarse a partir de determinadas acciones supuestamente espontáneas”¹³⁵. Esta característica responde a un enfoque en el que los intereses, supuestamente compartidos, dan forma a una identidad común que a su vez posibilita la acción colectiva. Esta identidad no es un simple epifenómeno de los intereses defendidos.

El multiculturalismo se fundamenta en la institucionalización. El desarrollo de nuestra capacidad para agruparnos hacia una situación altamente organizada con una práctica estable, dotada de personalidad jurídica propia, con continuidad y proyección en el tiempo; sin embargo, para el politicólogo Giovanni Sartori y el jurista Alberto Binder, el reforzamiento de la identificación grupal o comunal puede desembocar en la negación del pluralismo como proyecto social hacia una sociedad cerrada y fragmentada.¹³⁶

Un ejemplo de multiculturalismo fue el conjunto heterogéneo de movimientos sociales contestatarios y generalmente no-violentos ocurridos, durante la década de los sesenta, en los EE. UU. Estos movimientos buscaban extender el ejercicio de los derechos civiles y la igualdad ante la ley de los grupos desfavorecidos, sobre todo a los ciudadanos negros. En la actualidad, las olas migratorias del medio oriente y latinoamericanas han generado situaciones sociales similares en la Unión Europa y los EE. UU.

La identidad reforzada por el multiculturalismo ha servido para fundamentar políticas de diferencia; sin embargo, pensar que los objetivos comunes generan identidad sería una simplificación, a pesar de que los movimientos sociales se apoyen en ella. La identidad se convierte así en: “el resultado de un ambiguo proceso recíproco de articulación y delimitación de *variaciones grupales*”.¹³⁷

¹³⁵ Schubert, G.; Tetzlaff, W. y Vennewald, W. *Demokratisierung und politischer Wandel: Theorie und Anwendung des Konzeptes der strategischen und konfliktfähigen Gruppen*. Münster-Hamburg: LIT, 1994.

¹³⁶ Confróntese Sartori, G. *La Sociedad Multiétnica*. Taurus, Madrid-España, 2001, y el ensayo de Binder A. *La Sociedad Fragmentada*. Revista Pasos, Número especial N° 3, San José de Costa Rica, 1992, p. 22-6.

¹³⁷ Dietz, G. óp. cit. p. 19.

Para la etnóloga Consuelo Sánchez, el multiculturalismo en Latinoamérica es la respuesta de un grupo de liberales a las demandas de las minorías y de los más vulnerables que no busca: “atender los auténticos reclamos de las colectividades y de los individuos colocados en una situación de desigualdad y dominación, sino cómo hacer para que dichos reclamos dejen de ser una amenaza para la concepción liberal de la sociedad, al tiempo que se busca que esta adquiera la forma de universalidad entre las diversas culturas”¹³⁸

Según el filósofo e historiador Slavoj Žižek: “la ideología dominante tiene que incorporar una serie de rasgos en los cuales la mayoría explotada pueda reconocer sus auténticos anhelos. En otras palabras cada universalidad hegemónica tiene que incorporar *por lo menos dos* contenidos particulares: el contenido popular auténtico y la distorsión creada por las relaciones de dominación y explotación.”¹³⁹

Žižek coincide con Sartori al señalar que: “El multiculturalismo es un racismo que vacía su posición de todo contenido positivo (el multiculturalismo no es directamente racista, no opone al Otro los valores particulares de su propia cultura), pero igualmente mantiene esta posición como un privilegiado punto vacío de universalidad, desde el cual uno puede apreciar (y despreciar) adecuadamente las otras culturas particulares: el respeto multiculturalista por la especificidad del Otro es precisamente la forma de reafirmar la propia superioridad.”¹⁴⁰

Estas definiciones sobre multiculturalismo se relacionan con el pensamiento único y universal. En el terreno político, el rechazo al pluralismo tiene orígenes en el pensamiento religioso de Santo Tomás de Aquino, quien propugnaba la unidad en el gobierno de un solo individuo como la mejor forma de alcanzar el bien común.¹⁴¹

¹³⁸ Sánchez, C. La Política del Multiculturalismo. *Boletín de Antropología Americana*. Instituto Panamericano de Geografía e Historia, Nro. 44, enero-diciembre, 2008, pp.127-8.

¹³⁹ Žižek, S. Multiculturalismo o la lógica cultural del capitalismo multinacional. En Jameson F y Žižek, S. *Estudios culturales. Reflexiones sobre el multiculturalismo*. Buenos Aires-Argentina, Editorial Paidós, 1998, p. 137.

¹⁴⁰ Žižek, S. óp. cit. p. 161.

¹⁴¹ Haya de la Torre, A. *Dictadura y Democracia: La crisis del Estado Republicano*. Foro Democrático, Lima-Perú, 2003, p. 3.

El escritor mexicano Carlos Fuentes señala: “Esta filosofía fue determinante para la cultura política de la América Latina, en virtud de que durante 300 años, todos, de México a la Argentina, asistieron a la escuela política de Santo Tomás. Y en ella aprendieron, de una vez por todas, que el propósito de la política, su valor supremo, superior a cualquier valor individual, era el bien común. Para alcanzarlo se requería la unidad, el pluralismo era un estorbo.”¹⁴²

La poca continuidad de la democracia en el Perú, su régimen presidencialista (que solo se diferencia de la monarquía tradicional por la elección popular) y el sistema unitario del estado peruano (donde existe un solo centro del poder político) favorecen el pensamiento único, de carácter impositivo, bajo otros nombres como “el modelo económico”, “el sistema económico mundial” o “el modelo de desarrollo”.¹⁴³

En largo tránsito de construcción de una sociedad inclusiva y con justicia social deben reconciliarse (no integrarse, ni adicionarse) las diferencias culturales a través de los derechos comunitarios y culturales de los pueblos originarios, de las minorías o de los culturalmente diferentes.

La posición multiculturalista resulta por tanto insuficiente porque preserva el estatus de prerrogativas beneficios y privilegios de los grupos de poder sobre los otros. Es necesario, un giro de la *espiral* y replantear conceptos de interacción cultural con el fin de crear nuevas condiciones sociales que permitan el crecimiento recíproco de los grupos que lo componen, sobre los principios políticos de tolerancia, igualdad ante la diferencia, solidaridad y libertad.

El filósofo político Will Kymlica ha teorizado ampliamente sobre la “ciudadanía diferenciada” basado en que la genuina igualdad requiere afirmar las diferencias, más que ignorarlas. Distingue tres tipos de derechos grupales que se orientan en esta línea sin menoscabar el concepto fundamental de ciudadanía basado en la individualidad y la igualdad ante la ley.

¹⁴² Fuentes, C. *El espejo enterrado*. Fondo de Cultura Económica, 1992, p. 153.

¹⁴³ En el 2007, Alan García publica en el diario El Comercio su famoso artículo titulado *El síndrome del perro del hortelano* en donde defiende el modelo de desarrollo liberal. La frase final es bastante reveladora: “...esa es la apuesta del futuro, y lo único que nos hará progresar.”

Estos son: a) Derechos especiales de representación, de los grupos minoritarios o más vulnerables; b) Derechos de autogobierno, basados en el principio de la autodeterminación; y c) Derechos multiculturales, relacionado con las corrientes migratorias hacia los países más desarrollados.¹⁴⁴

c) Interculturalidad

La noción de interculturalidad ha sido el eje transversal de diversos programas educativos en contextos multiculturales, sobre todo, en la población indígena y ha llegado a ser: “una propuesta ético-política que busca perfeccionar el concepto de ciudadanía con el fin de añadir a los derechos ya consagrados de libertad e igualdad ante la ley, el reconocimiento de los derechos culturales de los pueblos, culturas y grupos étnicos que conviven dentro de las fronteras de las naciones-Estado.”¹⁴⁵

Como una primera aproximación al concepto de interculturalidad, citemos lo que los indígenas mapuches de la Argentina dicen sobre ella: “Hoy el estado nos invita a ser parte de un nuevo concepto: Interculturalidad. Nos explica que es una invitación al reconocimiento de la diversidad cultural y a tener una relación de respeto mutuo. Creemos que es una forma modernizada de continuar asimilando culturalmente a los Pueblos Originarios dentro de la llamada cultura nacional”¹⁴⁶

Este concepto opuesto al sentido de la interculturalidad como una propuesta política se constituye en un referente importante en el proceso de su construcción; porque ante la amenaza de un pensamiento foráneo y alienante (más allá de si es cierto o falso) se refuerza la identidad, la pertenencia, la cultura y la autonomía.

¹⁴⁴ Kymlicka, W y Norman, W. *El retorno del ciudadano. Una revisión de la producción reciente en teoría de la ciudadanía*. [Internet] Taller interactivo: Práctica y representaciones de la Nación, Estado y Ciudadanía en el Perú. Módulo: Aproximaciones teóricas: Estado Sesión 8 Lectura N° 2. Instituto de Estudios Peruanos. Lima Perú, Agosto, 2002, p. 20. [citado 28 octubre 2012] Disponible en: <http://www.cholonautas.edu.pe/modulo/upload/kymlick.pdf>

¹⁴⁵ Fuller, N. *Interculturalidad y política: desafíos y posibilidades*. PUCP, UP, IEP. Red para el Desarrollo de las Ciencias Sociales en el Perú, 2005, p. 10.

¹⁴⁶ Confederación Mapuche Neuquina-Newén Mapu. *Documento de la Coordinación de Organizaciones Mapuche*. Argentina, 1997.

La interculturalidad se fundamenta en formar ciudadanía sobre la interacción positiva de la mutua convivencia en una sociedad con derechos. La ciudadanía, como valor intrínseco de la interculturalidad, se revela en: “su sentimiento de identidad, y su percepción de las formas potencialmente conflictivas de identidad, regional étnica o religiosa; su capacidad de tolerar y trabajar conjuntamente con individuos diferentes, su deseo de participar en los procesos políticos con el propósito de promover el bien público y sostener autoridades controlables; su disposición a autolimitarse y ejercer la responsabilidad personal en sus reclamos económicos, así como en las decisiones que afectan su salud y el medio ambiente.”¹⁴⁷

La construcción de la interculturalidad a través de la teoría de la ciudadanía nos permite desplazarnos entre las diversas identidades nacionales y cuando esta praxis social se masifique puede alcanzar un nivel teórico lo suficientemente fuerte como para plantear la tesis de un estado intercultural.

El ejercicio de la ciudadanía intercultural obra un cambio en nuestra percepción de la humanidad; porque al tolerar, conocer y comprender al otro, en una sociedad donde las bases tengan plena participación en la toma de decisiones, se reconoce el valor intrínseco de la diversidad como un componente esencial para el desarrollo de la vida en sociedad.

Las *actitudes interculturales* que pueden tener un súbdito o un feudatario son limitados para construir la interculturalidad, incluso si es correspondida, porque se necesita un marco social inclusivo con valores democráticos y de ciudadanía en el sentido posmoderno de la palabra¹⁴⁸ lo que permite el diálogo intercultural.

Por eso consideramos que hoy, el concepto de interculturalidad enriquecido con la teoría ciudadana, no puede ser simplificada como la simple interacción entre culturas diferentes. Definirla así, en su significado más dilatado y extendido, nos lleva al error y al enmascaramiento social de los hechos y los resultados políticos.

¹⁴⁷ Kymlica, W y Norman W. óp. cit. p 2-3.

¹⁴⁸ Después de la segunda guerra mundial, el concepto de ciudadanía fue revalorado por Thomas Marshall quien lo definió como un proceso de adquisición de derechos civiles, luego políticos y por último los sociales.

El concepto de interculturalidad al cual arribamos, en la última vuelta de la *espiral*, se enmarca en la fase global del liberalismo político: Es la interacción social recíproca en *comunidad* y fuera de ella, bajo justas condiciones consensuadas de igualdad y de respeto en todos sus niveles sociales, donde las personas se relacionan y enriquecen mutuamente sobre la base de su ejercicio ciudadano, en correspondencia armoniosa con sus diferencias culturales y cosmovisiones.

d) Experiencias sobre políticas de interculturalidad

En primer lugar, las políticas de interculturalidad aplicadas en los diversos campos sociales (educación, salud, etc.) han surgido generalmente desde el ámbito académico y del gobierno para ser *impuestas* a los beneficiarios, en este caso, las poblaciones indígenas.

Como bien lo señala María Ibáñez Caselli: “la propuesta de lo intercultural no ha sido verdaderamente intercultural, surgida del diálogo directo e igualitario con los indígenas [En segundo lugar] para hacer justicia a su significado, debe constituirse en una práctica para todos e insertarse en una orientación política que la respalde, en un verdadero diálogo intercultural entre las diversas etnias y nacionalidades, y que supere la situación actual de dominación, dependencia, agresión y sumisión.”¹⁴⁹

Y en tercer lugar, la interculturalidad ha ingresado en las políticas sociales de Latinoamérica como una “moda” más que como una auténtica propuesta de cambio; esta afirmación se colige de la anterior.

El reconocimiento de los derechos indígenas comunitarios, durante la década de los noventa del siglo XX, por diversos países y organismos internacionales como las Naciones Unidas, generó una fuerte presión para que los gobernantes incluyan en su agenda política los programas sociales con enfoque intercultural; además, existió

¹⁴⁹ Ibáñez, M. La interculturalidad: ¿una moda? Alcances e implicancias políticas en Argentina. *Cuadernos del Instituto Nacional de Antropología y Pensamiento Latinoamericano* N° 2, Buenos Aires Argentina, 2003/2005, p. 158.

el interés por parte de estos países, de recibir el financiamiento y los subsidios que ofrecían los organismos internacionales.

En cambio, en el Ecuador “el concepto de interculturalidad nació en el seno del movimiento indígena como oposición a la hegemonía política del conocimiento y como una propuesta hacia otras formas de pensar diferentes a la colonial [...] La Confederación de Nacionalidades Indígenas de Ecuador (CONAIE) planteó el proyecto de interculturalidad como una propuesta alternativa de sociedad...”¹⁵⁰

Han sido los movimientos indígenas del Ecuador –y no el Estado, las ONGs, ni las universidades– los que han acuñado el término, teorizando desde su condición subordinada y que fue asumida por el CONAIE como una serie de procesos y prácticas que deben ser entendidos como *hegemónicos e insurgentes*.¹⁵¹

Para Catherine Walsh, la interculturalidad en Ecuador: “busca intervenir en las estructuras, instituciones, relaciones y mentalidades que reproducen la diferencia como desigualdad y a la vez construir puentes de articulación y relación. Tales articulación y relación no pretenden sobrevalorar o erradicar las diferencias culturales ni tampoco formar nuevas identidades mezcladas o mestizas sino propiciar una interacción dialógica entre pertenencia y diferencia, pasado y presente, inclusión y exclusión, y control y resistencia, siempre reconociendo además las propias formas de identificación que tiene la gente, la hegemonía, el poder y la autoridad colonial-cultural que intenta imponerse social y políticamente.”¹⁵²

Walsh llega a una conclusión lapidaria sobre las propuestas interculturales en el Ecuador: “... sin negar que existan relaciones interculturales en el ámbito

¹⁵⁰ Ramírez, S. Políticas de salud basadas en el concepto de interculturalidad. Los centros de salud intercultural en el altiplano boliviano. [Internet] *Avá. Revista de Antropología*, Argentina 2009 [citado 8 mayo 2012] Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16942009000100010

¹⁵¹ Hegemónica porque responde a la voluntad colectiva como terreno para la constitución de un proyecto transformador e insurgente porque interpela a las instancias del poder dominante.

¹⁵² Walsh C. *Interculturalidad, Estado y Sociedad. Luchas (de) coloniales de nuestra época*. Universidad Andina Simón Bolívar, Ediciones Abya-Yala, Quito, Ecuador, 2009, p. 46.

personal, podemos decir que en el de la sociedad, incluyendo a todas su instituciones, la interculturalidad no existe.”¹⁵³

En 1993, con la llegada de la democracia, el estado de Chile promulgó la Ley Indígena N° 19.253, dando inicio a una serie de programas sociales con adecuación cultural dirigida a la población mapuche. Este marco legal, sirvió de base para que los pueblos indígenas promovieran, desde sus propias bases, una organización y administración propias de los servicios de salud.

Esta nueva administración del pueblo mapuche se desarrolla en relaciones de poder desiguales, negociaciones y conflictos permanentes con el Estado, dando lugar a la imposición de prácticas *etnofágicas* por parte del gobierno. La etnofagia es entendida como un proceso que exalta superficialmente la diversidad, la pluralidad y el multiculturalismo pero sus acciones y programas tienen el fin de domesticar, integrar, invisibilizar y asimilar las identidades culturales.¹⁵⁴

En el Perú, la interculturalidad ingresa a inicios de los años ochenta en los proyectos de educación bilingüe destinados a la población indígena y como respuesta al fracaso de la educación asimilacionista y homogeneizante por parte del Estado.

El lingüista Gustavo Solís Fonseca señala: “La interculturalidad es la conducta cultural para desenvolverse en contextos de relación de culturas. Es una conducta de las personas o de los grupos humanos en situaciones de multiculturalidad. [...] La interculturalidad no implica a priori el "saber manejarse bien o mal", solo implica saber manejarse, pues una u otra alternativa específica dependerá de la política sobre interculturalidad que asumen las personas o los grupos humanos.”¹⁵⁵

¹⁵³ Ibíd. p. 45. (El subrayado es nuestro.)

¹⁵⁴ Cuyul, A. Salud Intercultural y la patrimonialización de la Salud Mapuche en Chile. En: Comunidad de Historia Mapuche. *Historia, colonialismo y resistencia desde el país Mapuche / Ta ñijke xipa rakizuameluwün*. Ediciones Comunidad de Historia Mapuche, Santiago de Chile, 2012.

¹⁵⁵ Solís, G. *Interculturalidad: Encuentros y desencuentros en el Perú*. Construyendo nuestra interculturalidad. [Internet] Lima-Perú, abril 2006 [citado 5 mayo 2012] Disponible en: http://interculturalidad.org/numero03/2_01.htm

Si bien en el Perú y en otros países latinoamericanos, la interculturalidad puede seguir siendo una forma muy bien camuflada de asimilación por parte del estado, eso no resta a que se pueda conseguir el efecto “bumerang” por parte de los pueblos indígenas o de quienes creen en el proyecto intercultural; porque el camino para su construcción no es uno solo, si bien el fin al que queremos llegar lo es, cualquiera de estos caminos pasa necesariamente por el empoderamiento y el ejercicio ciudadano.

2.3.5. El enfoque intercultural en las Políticas de Salud del Perú

La interculturalidad, como política sanitaria en el Perú, está siendo enfocada exclusivamente en la población indígena de la costa, sierra y selva. Perdiéndose los alcances teóricos y la praxis social que podría ofrecer si se considerara a las culturas foráneas asentadas en nuestro país.

Al no incluir a otros grupos culturales como las comunidades de inmigrantes (japoneses, judíos, chinos, etc.) y las comunidades religiosas (budistas, musulmanes, mahikari, etc.) el Estado pierde un espacio político de presentar una gama de diversidades que pueden contribuir al proceso de construcción y articulación intercultural de la sociedad peruana, a través de la salud.

La puesta en práctica del Estado peruano de una política, con el objetivo de construir la salud intercultural en zonas con mayoritaria población indígena, responde a las características de los modelos de desarrollo establecidos por los paradigmas de las políticas sociales.¹⁵⁶

Una de las características es la “institucionalidad”: el monopolio estatista en el financiamiento, diseño, implementación y control político a través de funciones centralizadas. Históricamente, las políticas públicas sanitarias en el Perú han

¹⁵⁶ Franco, R. *Los paradigmas de la política social en la América Latina*. Revista de la Cepal Nro. 58, abril, 1996. http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/6/12726/lcr_1625_paradigmas.pdf

respondido a este modelo. La construcción de una PSI presenta las características tradicionales de las políticas implementadas por el Estado.

En mayo del 2010, en la ciudad de Lima, el CENSI convocó a una reunión multisectorial, dentro del marco procesal de construcción de la política pública de salud intercultural en el Perú, “para que se visibilicen los apremiantes problemas y necesidades de la salud que presentan los pueblos indígenas u originarios [...] que favorezcan la salud indígena.”¹⁵⁷

A la reunión acudieron solo entidades públicas y ningún representante de la sociedad civil, del sector privado, ONGs nacionales o extranjeras, quienes trabajan la interculturalidad como un eje estratégico de sus programas, y tampoco ningún representante de las comunidades o instituciones indígena.

Mayta Capac Alatrística Herrera, sociólogo y presidente del Instituto de Desarrollo de los Pueblos Andinos, Amazónicos y Afroperuanos (INDEPA) dijo: “es importante establecer procesos de dialogo de abajo hacia arriba y que la formulación de políticas deben ser consultada, descentralizada, participativa, concertada, vinculante y de interés de las comunidades.”¹⁵⁸

Una falta o débil integración con el sector privado, las ONGs, la sociedad civil, incluso, en otros niveles del Estado, como el intersectorial (Ministerio de Educación, Cultura y del Ambiente) y los organismos locales (municipalidades, prefecturas y gobernaciones) indica un proceso donde la toma de decisiones se centraliza en un solo sector y responde a un principio que se resume en: “El Estado sabe”.

Por otro lado, la aplicación de la interculturalidad en el campo de la salud, tropieza con la naturaleza disímil del conocimiento, porque siendo un concepto que viene de las ciencias sociales su inclusión en las ciencias biológicas se *mira* por parte de los profesionales de salud, formados en un modelo fuertemente biologista, como

¹⁵⁷ Rivas, A. *Construcción participativa de una Política Pública de Salud Intercultural*. [Internet] Lima Perú. MINSA, INS, CENSI. 6 de Mayo 2010 [citado 8 setiembre 2012] Disponible en: http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/7/jer/censi_info_nota/NOTA%20INFORMATIVA%20POLITICA%20MAYO%202010.pdf

¹⁵⁸ Rivas, óp. cit.

una impertinencia o un fuera de lugar; lo que hace necesario su conceptualización para enriquecer la práctica de la medicina.

Un grupo de médicos en Chile definió la interculturalidad en la salud como: “la capacidad de moverse equilibradamente entre conocimientos, creencias y prácticas culturales diferentes respecto a la salud y la enfermedad, la vida y la muerte, el cuerpo biológico, social y relacional. Percepciones que a veces pueden ser incluso hasta contrapuestas.”¹⁵⁹

Esta contraposición es la que hace de la interculturalidad una complejidad, hasta cierto punto atemorizante, para el profesional de salud; porque la praxis social de la interculturalidad comprende aspectos sociológicos, filosóficos epistémicos y éticos que, como hemos visto, están en pleno desarrollo y con una gran carencia de propuestas viables a nivel técnico, pragmático y operativo.

Una propuesta, en la formación de los recursos humanos en salud, es la enseñanza de las “competencias culturales”. Con el fin de *hacer frente* a la creciente DC desarrollada en las áreas urbanas, sobre todo, en el campo de la religión las ideologías o de las derivadas por su percepción del mundo, condición que se ha multiplicado por el *boom* de las redes sociales.

La competencia cultural es: “el conjunto de habilidades académicas e interpersonales que permiten a los individuos aumentar su comprensión y apreciación de las diferencias sociales y culturales en y entre grupos. El cuidado culturalmente competente se ha definido como un sistema que reconoce la importancia y la incorporación de la cultura, la evaluación de las relaciones transculturales, la vigilancia de las dinámicas que resultan de las diferencias culturales, la expansión del conocimiento cultural y la adaptación de las intervenciones para reconocer las necesidades culturales.”¹⁶⁰

¹⁵⁹ Oyarce, A.; Ibacache, J.; Neira, J y otros. Reflexiones para una Política Intercultural en Salud. Primer Encuentro Nacional de Salud y Pueblos Indígenas. (Hacia una Política Nacional Intercultural) 4 al 8 de Noviembre, 1996. En: OPS, OMS. *Memoria Primer Encuentro Nacional Salud y Pueblos Indígenas: Hacia una Política Nacional Intercultural*. OPS y OMS, Washington, Feb., 1998, p. 54.

¹⁶⁰ Ministerio de la Sanidad, Política Social e Igualdad. [Internet] *Instrumento para la valoración de la Competencia Intercultural en la Atención en Salud Mental. Hacia la Equidad en Salud*. Ministerio

La estrategia de las competencias culturales nació en los EE. UU., país de larga tradición multicultural que se ha venido enfocando en la población de amerindios, afroamericanos, hispánicos y asiáticos. En España también se está aplicando, a través de sus instituciones sanitarias, con el fin de atender la DC que se ha establecido en este país debido al intenso fenómeno migratorio de las últimas décadas.¹⁶¹

Otra definición aplicativa y operacional de la interculturalidad es la del médico Marco Guerrero: “Aspira a un modelo de atención en salud incluyente, basada en la democracia, el respeto, negociación, cuyo eje regulador es la ética entendida como equidad, justicia, y reconocimiento de lo diverso, en el que los actores sociales involucrados mantienen su autonomía.”¹⁶² Aquí está implícito el valor intrínseco de ciudadanía como el conjunto de derechos y deberes que fundamentan su ejercicio en un contexto de interculturalidad.

La OPS dice: “La interculturalidad está basada en el diálogo, donde ambas partes se escuchan, donde ambas partes se dicen y cada una toma lo que puede ser tomado de la otra, o sencillamente respeta sus particularidades e individualidades. No se trata de imponer de avasallar, sino de reconocer, respetar, concertar...”¹⁶³

Esta definición de la interculturalidad resalta la importancia del diálogo entre culturas diferentes. El Diálogo Intercultural es un intercambio equitativo basado en la mutua comprensión, el respeto y en la igual dignidad de las culturas. Es la condición imprescindible para la construcción de la cohesión social, de la reconciliación entre los pueblos y de la paz entre las naciones.¹⁶⁴

de la Sanidad, Política Social e Igualdad. Ministerio de la Sanidad, Política Social e Igualdad Centro de Publicaciones, Madrid, España, 2011, p. 17 [citado 8 noviembre 2012] Disponible en: http://www.mspsi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Competencia_Intercultural_accesible.pdf.

¹⁶¹ Ministerio de la Sanidad., 2011, ibídem.

¹⁶² Guerrero, M. *Visión General de la Salud Intercultural.* En: Ministerio Coordinador de Patrimonio. [Internet] *Lineamientos para la Construcción de Políticas Públicas Interculturales. Memoria de los Seminarios de Gestión Local Intercultural Esmeraldas, Chimborazo y Sucumbíos, septiembre y octubre de 2009.* Ministerio Coordinador de Patrimonio, Quito, Ecuador, 2009 [citado 8 noviembre 2012] Disponible en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001881/188129s.pdf> p. 23.

¹⁶³ Secretaría de Salud. *El enfoque intercultural: herramientas para apoyar la calidad de los servicios de salud.* Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud, Dirección General Adjunta de Implantación en Sistema de Salud, Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural. México D.F., Julio 2002, p. 6.

¹⁶⁴ UNESCO. *Dialogo Intercultural* [Internet] [citado 26 setiembre 2013] Disponible en:

Para el antropólogo Sergio Lerín: “Entendemos por interculturalidad en salud las distintas percepciones y prácticas del proceso salud-enfermedad-atención que operan, se ponen en juego, se articulan y se sintetizan, no sin contradicciones, en las estrategias de cuidado, las acciones de prevención y solución a la enfermedad, al accidente y a la muerte en contextos pluriétnicos.”¹⁶⁵

Precisamente, Lerín resalta esta condición contradictoria cuando se intenta construir la salud intercultural: “puede ser interpretada de distintas maneras según las posiciones que se asuman, algunas veces es una herramienta útil en los procesos de cambio; en otros momentos resulta ser un campo donde se dirimen los conflictos; y en otros escenarios, es un reconocimiento del dominio y sojuzgamiento de la cultura médica dominante ante los saberes populares subordinados.”¹⁶⁶ Las condiciones de equidad y respeto de las diferencias económicas y culturales se contraponen en el quehacer diario de los profesionales de salud en los servicios públicos.

La atención de salud es una condición donde prima la asimetría, por un lado está el profesional de las ciencias de la salud formado en un modelo biologista y reduccionista del individuo que cree tener la absoluta certeza; por el otro está, el paciente con una falta de firmeza por su salud disminuida y, en muchos casos, con una racionalidad y cultura diferente, que lo vuelven vulnerable al médico.

Por eso la interculturalidad desconcierta al profesional de salud, quien basa su saber y quehacer en la evidencia científica positivista; y de pronto, se encuentra desarmado frente a este concepto social, *contrario* a su formación académica. Como bien lo señala el Dr. Oswaldo Salaverry: “Existe un cierto grado de injusticia al juzgar duramente la supuesta falta de competencia intercultural de los profesionales de salud cuando se les exige que actúen en forma absolutamente contraria al modelo en que han sido formados.”¹⁶⁷

<http://www.unesco.org/new/es/culture/themes/dialogue/intercultural-dialogue/>

¹⁶⁵ Lerín, S. Antropología y Salud Intercultural. Desafíos de una propuesta. [Internet] *Revista de Antropología Social Desacatos*. México DF [citado 8 mayo 2012] p. 118. Disponible en: http://www.ops.org.bo/multimedia/cd/2010/sri-2010-4/files/docs/7_otros/118.%20Antropologia%20y%20salud%20intercultural.pdf

¹⁶⁶ Lerín, S. óp. cit. p. 116

¹⁶⁷ Salaverry, O. Interculturalidad en salud. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública* Vol 27 Nro. 1, 2010, p. 90

El concepto de interculturalidad en salud planteado en nuestro estudio parte de la abstracción del concepto que esbozamos sobre el fenómeno intercultural: Es la interacción social recíproca en la atención de salud, bajo condiciones de igualdad y de respeto a los derechos ciudadanos, de mutuo enriquecimiento sobre el proceso salud-enfermedad y los métodos de sanación y curación en armonía con sus diferencias socioculturales y cosmovisiones.

Enmarcar la atención de salud en este concepto significa todo un reto para las políticas sanitarias en el Perú. Hasta el momento, los gobiernos han persistido con *adiciones y añadiduras* al modelo tradicional y vigente, como en el caso de la educación en salud con las “competencias culturales”.

Como lo señala el Ministerio de la Sanidad, Política Social e Igualdad de España: “El modelo de competencia cultural ha sido ampliamente criticado, sobre todo, en su puesta en práctica. Entre los aspectos más debatidos están la posibilidad de crear estereotipos de las minorías, favorecer la idea de que los culturales son los “otros“, cuando todos somos seres culturales, de discriminar o ignorar otros factores diferenciales como el género, el estatus social o la orientación sexual, la sobrevaloración de las minorías en el multiculturalismo o el camino hacia la incivildad en el contexto político y emocional.”¹⁶⁸

Nos encontramos frente a un problema de tipo estructural, no solo de la sociedad peruana sino del mundo. Su resolución implica la adopción de nuevos paradigmas en las políticas sanitarias y en las políticas públicas en general. Los obstáculos a superar en la construcción de una auténtica política intercultural trascienden el campo de la salud y envuelven otros escenarios sociales como la educación, el derecho y el género, por mencionar los más importantes; pero, por sobre todo se necesita un profundo cambio en el hombre a nivel axiológico y reanudar la búsqueda ontológica, sino volveríamos a estar donde empezamos.

¹⁶⁸ Ministerio de la Sanidad, Política Social e Igualdad, óp. cit. p. 18

CAPÍTULO III METODOLOGÍA

3.1. Diseño de la Investigación

El presente estudio fue de tipo cualitativo por la naturaleza del objeto de estudio a investigar: la Política de Salud Intercultural. Es descriptivo e inductivo, porque se identificó y clasificó las características del fenómeno político, considerando el modelo de planificación y ejecución, los avances, los desafíos y las oportunidades; y por último, es transversal porque los integrantes de la muestra de estudio fueron evaluados en un solo corte de tiempo.

3.2. Unidad de Análisis

Es la persona encargada de la planificación, diseño y ejecución de la PSI en el Perú. Se consideran a los funcionarios del MINSA y de otros sectores del Estado. También a los representantes de los pueblos indígenas a los consultores nacionales e internacionales, a los investigadores, docentes universitarios y representantes de la sociedad civil, quienes participan en la construcción de esta política sanitaria con enfoque intercultural.

3.3. Muestra del Estudio

La muestra de estudio fue no probabilística, formada por treinta y un (31) personas entre hombres y mujeres, de diversas profesiones no necesariamente de salud, que participan o han participado en la construcción de la PSI en el Perú, ya sea como directivos u operadores, así como consultores y representantes de la sociedad civil que se ocupen sobre el tema.

Entre ellos tenemos: funcionarios del CENSI-MINSA, EsSalud, Defensoría del Pueblo y el Ministerio de Cultura (MINCUL), consultores internacionales como OPS y UNICEF, parte del equipo técnicos de los ONGs, entre ellas Manuela Ramos, CARE, Chirapaq y la Asociación Interétnica de la Selva Peruana (AIDSESP); asimismo, consultores, representantes de la sociedad civil como el Foro Salud y profesores universitarios de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM), de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH) y de la Pontificia Universidad Católica del Perú (PUCP) (ver Anexo 1).

3.4. Categorización de las Variables

- Modelo de Planificación y la puesta en práctica de la PSI.
- Avances en la PSI.
- Desafíos de la PSI.
- Oportunidades para la PSI.

3.5. Técnicas de Obtención de datos

a) Entrevistas en profundidad

La muestra fue obtenida a través de la técnica conocida como “bola de nieve”: En un primer momento, se seleccionó por conveniencia a un grupo de individuos con las características deseadas, en nuestro caso fueron los funcionarios del CENSI y exfuncionarios de INMETRA, quienes al ser entrevistados identificaron a otras personas con las mismas características.

Las entrevistas en profundidad se realizaron en la ciudad de Lima, durante los años 2010 al 2013, casi todas ellas se desarrollaron en el espacio laboral, durante las horas de trabajo, en una fecha y hora determinada por el mismo entrevistado.

El tiempo para la entrevista fue acordado por ambas partes en un promedio de 35 minutos, dado que el encuentro se dio en horas laborales, condición que fue cumplida; sin embargo, en no pocos casos, la disposición del entrevistado permitió que el tiempo pueda prolongarse.

Se utilizó una entrevista semiestructurada sobre la situación PSI en el Perú considerando las variables definidas: el modelo de planificación de la PSI, los avances conseguidos, los desafíos que se deben superar y las oportunidades que podemos aprovechar; asimismo, el tipo de preguntas se establecieron según la siguiente estructura:

- No dirección: espontaneidad
- Amplitud: gama de evocaciones
- Especificidad en los hechos políticos: respuestas concretas
- Profundidad y contexto personal: Implicación afectiva con carga valorativa.

En el momento de la cita se le explicó al entrevistado con mayor detalle los objetivos y la metodología del estudio; luego, se desarrolló cada una de las preguntas según las fases establecidas en la estructura de la entrevista (ver Anexo II).

La entrevista estuvo dividida en cuatro fases. Se inició con una (I) Fase introductoria que no tenía un número exacto de preguntas; estas nacieron de la

experiencia del entrevistador sobre el tema o de las líneas generales de la PSI. Su fin era generar un espacio de contextualización y un clima positivo con el entrevistado para establecer una *relación emocional (rapport)*.

Las fases posteriores de la entrevista fueron: (II) Avances, (III) Desafíos y (IV) Oportunidades de la PSI. Estas fases no se desarrollaron, necesariamente, en ese orden establecido, sino en un punto de coincidencia con alguno de ellos, y así sucesivamente, hasta completar todas las fases. La entrevista, asimismo, recogió información valiosa sobre la estructura y superestructura sociosanitaria que nos permitió profundizar en el análisis.

Las preguntas establecidas en la entrevista fueron, ante todo, directrices y orientadoras; su formulación no fue necesariamente literal, encerró más bien el contenido de lo que se quería dialogar y desarrollar en cada una de las fases; de esta manera, se conservó la espontaneidad y la gama de evocaciones.

Con el permiso del entrevistado, se empleó una grabadora digital marca Sony modelo ICD-P320 en donde se registró toda la información de cada una de las preguntas realizadas; posteriormente, fueron transcritas a una computadora utilizando el programa de procesamiento de textos, Microsoft Word 2010.

Finalizada la entrevista, se le pidió al entrevistado identificar el mayor número de personas que a su criterio tengan dominio del tema de investigación así como la forma de contactarlo (e-mail, teléfono del trabajo, institución donde trabaja, etc.).

Por último, el entrevistado firmaba un cuaderno de registro en donde se consignaba, su nombre completo, el nombre de la institución a la que representa, el cargo en el que fungía en el momento de la entrevista o en el que se desempeñó.

b) Análisis Documental

Se registraron los dispositivos legales nacionales emitidos desde la década de los noventa del siglo XX hasta la actualidad, los cuales sustentan las acciones de la PSI. Se revisó las páginas web del MINSA y del Congreso de la República, así como algunos artículos donde se mencionaban los proyectos de ley sobre el tema de salud e interculturalidad.

Para una mejor comprensión y presentación de los datos se incluyó información estadística nacional relacionada con las dos estrategias de salud intercultural que más se han trabajado: el parto con atención intercultural o llamado parto vertical y las casas de espera materna.

1.6. Análisis de los datos

El estudio ha utilizado el método inductivo para la evaluación de cada una de las entrevistas en profundidad realizadas y a través de la interpretación discursiva se determinó la relación entre ellas, analizando cada una de las entrevistas, señalando sus aportes y puntos de coincidencia.

Los dispositivos legales revisados se clasificaron en cuadros por los siguientes temas: Normas de Institucionalización, de Plantas Medicinales, de Pueblos indígenas de Medicina Tradicional, Alternativa y Complementaria y de Política de Salud Intercultural; con sus respectivos comentarios.

Para los datos estadísticos relacionados al parto vertical y a las casas de espera se han confeccionado cuadros y gráficos.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

El enfoque cualitativo utilizado en nuestra investigación, responde a la naturaleza de nuestro objeto de estudio, la PSI en el Perú. La interculturalidad es un fenómeno esencialmente cualitativo, cuya aplicación en las ciencias de la salud se basa en la articulación y pertinencia cultural de los servicios de salud; pero, por sobre todo, en la calidad de su atención.

El enfoque cualitativo permite también correr el velo de intenciones, valores, voluntades e intereses que *encierra* todo fenómeno político, desde su planificación hasta su ejecución pasando por su reglamentación, operatividad y evaluación.

Las 31 personas entrevistadas han participado y participan en la construcción de esta política sanitaria ya sea como planificadores, consultores, académicos o ejecutores desde el nivel central o desde instituciones de salud de nivel IV y III.

Asimismo, los entrevistados han sido clasificados por su profesión: 16 profesionales de la salud (12 médicos cirujanos y 4 enfermeros) y 14 profesionales de las ciencias sociales (11 antropólogos y 3 de otras licenciaturas) y un coronel del Ejército Peruano en situación de retiro.

Por la Institución donde prestan servicios; algunos de ellos cumplen doble función: 9 Funcionarios del Sistema Nacional de Salud (MINSA y EsSalud), 3 funcionarios de Organismos Internacionales (UNICEF, OPS, Organismo Andino de Salud), 5 de la Sociedad Civil (Foro Salud), 7 de ONGs (CARE, USAID, AIDSESP, Manuela Ramos y Chirapaq), una funcionaria de la Defensoría del Pueblo y 6

Profesores Principales ambos del pre y del post grado tanto de universidades nacionales como privadas del país.

Los resultados obtenidos en las entrevistas realizadas han sido ordenados y presentados en cuatro ítems: Antecedentes históricos, Pueblos originarios, Políticas social de salud e Interculturalidad en salud; junto con el análisis respectivo para una mejor sistematización de los datos; asimismo, señalamos que se alcanzaron los objetivos del estudio así como la comprobación de las hipótesis planteadas.

4.1. Antecedentes Históricos

Los contactos e intercambios culturales en el campo de la salud, durante la conquista y la colonia, se generaron en diferentes contextos de transmisión de conocimientos. Desde un incremento de la herbolaria europea (por la práctica protomédica y las órdenes religiosas) pasando por la aculturación, asimilación y control político (del poder español y de las órdenes religiosas) sobre la población aborígen; hasta, la persecución de idolatrías (ejecutadas por la inquisición).

En la conquista conviven ambos modelos de salud: la medicina inductiva enseñada en las universidades europeas; ejercida por las órdenes religiosas, protomédicos y cirujanos; regulada por la corona española, y la medicina aborígen, de formación empírica, básicamente herbolaria y holística con el reconocimiento del pueblo indígena.

Ambas medicinas tenían similar eficiencia. Desde un principio, los españoles aceptaron ser tratados por los curadores indígenas, y tanto la medicina occidental como las órdenes religiosas incrementaron a sus respectivos herbolarios las nuevas plantas medicinales de América.

Las prácticas médicas de los maestros curadores aborígenes en el Perú (el uso de amuletos, el sacrificio de animales, el uso de alucinógenos, entre otros) fueron

confundidas con otras prácticas consideradas idólatras por el catolicismo como la brujería o la hechicería y castigadas con dureza por la Inquisición, no necesariamente con la muerte, las penas más comunes eran los azotes, el trasquilar el cabello, la cárcel, el aislamiento y el destierro.

La Inquisición en el Perú se constituyó en 1569 y solo fue abolida en 1813. Una buena parte de los saberes históricos tradicionales en el campo de la salud se perdieron por la persecución de idolatrías, entre los siglos XVII y XVIII; sin embargo, ciertas prácticas precolombinas han conseguido sobrevivir como la soba con el cuy (*Cavia coballo*).

La práctica médica tradicional y originaria del Perú continuó siendo practicada y enseñada durante la colonia, por los indígenas y para la población indígena de manera informal y oculta; pero también fue muy bien tolerada y aceptada por los españoles y europeos según sus intereses personales o estamentales, siempre a *sotto voce* por las terribles consecuencias que podría acarrear con la Inquisición.

Existen evidencias bien documentadas, por los diversos cronistas del siglo XVI y XVII, del restablecimiento de la salud de los españoles por los conocimientos tradicionales de los maestros curadores indígenas; a pesar de ello, ninguno de estos médicos aborígenes tuvo alguna relación con las instituciones españolas que ejercían la salud condición que todavía se mantiene, hasta el día de hoy, con las instituciones de salud del estado peruano.

El Real Tribunal del Protomedicato en el Perú se instaló con sede en la ciudad de Lima en 1570 (la Cedula Real de Felipe II es de 1568). Fue un cuerpo técnico encargado de vigilar el buen ejercicio de las funciones sanitarias ejercidas por médicos, cirujanos y boticarios, incluyendo su fiscalización y castigo por los excesos, delitos y crímenes que pudieran cometer; asimismo, otorgaba licencias y tenía a su cargo una cátedra sanitaria.

El Protomedicato en el Perú que durante una época extendió su jurisdicción hasta Buenos Aires fue abolido el 30 de diciembre de 1848 y sustituido por una Junta

Directiva de Medicina; por su importancia, el Protomedicato es el primer antecedente de lo que vendría a ser el Ministerio de Salud del Perú fundado en 1935 durante el gobierno del General Oscar Benavides.

En 1892 se constituyó la Junta Suprema de Sanidad encargada de establecer las normas para la protección de la salud de la población. Seis años después, durante el gobierno del General Andrés A. Cáceres, se promulga el Reglamento General de Sanidad que normaba las actividades de las Juntas Supremas, Departamentales y Provinciales de Sanidad.

Las Juntas de Sanidad constituyeron el primer intento de administración descentralizada y su reglamento fue el esbozo de un Código Sanitario en lo concerniente al saneamiento ambiental, la sanidad internacional, el control de enfermedades transmisibles y el ejercicio profesional.

En 1892 se encarga a los gobiernos locales lo concerniente al saneamiento ambiental, y en 1898, el estado peruano establece de manera gratuita la vacunación antivariólica obligatoria a nivel nacional; posteriormente, el “Instituto Vaccinal” (1892) dará origen al Instituto Nacional de Salud (INS), dedicado a la producción de materiales biológicos.

El rechazo a las campañas de vacunación por parte de la población indígena se ha registrado dado desde la época colonial. De 1802 a 1805, el virreinato del Perú sufrió una epidemia de viruela y el rey Carlos IV mandó a la *Real Expedición Filantrópica de la Vacuna*, dirigida por Don José Salvany quien refiere la resistencia de los indígenas para recibir la vacuna.

Las campañas de vacunación posteriores tampoco tuvieron mejor suerte por lo que se tuvo que recurrir a medidas coercitivas, al engaño y a la misma fuerza para incrementar las coberturas. Estas medidas extremas que se corresponden con situaciones extremas son justificadas pensando en el interés público de salvaguardar la vida; pero si persisten en otros contextos se vuelven por completo injustificables y

trae como consecuencia la gran desconfianza y hasta cierto punto la animadversión al modelo de salud oficial por parte de los pueblos indígenas.

En 1903 se crea la Dirección de Salubridad Pública dependiente del Ministerio de Fomento (institución orientada a construir obras públicas) por lo que las acciones sanitarias se encontraron limitadas y se hacía necesaria la creación de un Ministerio de Salud; asimismo, había una fuerte crítica al ejercicio de la asistencia médica por parte de las Sociedades de Beneficencia, que buscaba cambiar la visión del estado de la salud-caridad a la salud-obligación.

La experiencia del rijcharismo en el altiplano de Puno, durante la década de los treinta del pasado último siglo, es el primer antecedente conocido y documentado en el que existió una articulación entre la medicina occidental y la medicina indígena (población aymara y quechua); a pesar, de que tuvo características caudillistas y paternalistas y se tomaron medidas autoritarias por la salud de los indígenas, el rijcharismo puede considerarse el primer paso hacia la interculturalidad.

Una segunda experiencia en el Perú sobre interculturalidad es la del Hospital Amazónico de Yarinococha en Ucayali creado a fines de la década de los cincuenta y orientado a la atención de la población nativa (shipibos). El hospital fue fundado por el médico alemán Teodoro Binder¹⁶⁹. La antropóloga peruana Lupe Camino trabajó con él. La experiencia lamentablemente no ha sido documentada.

Yo tengo una experiencia de interculturalidad, cuando no era [llamada] interculturalidad hace casi 50 años en el Ucayali, y es lo mejor que yo he visto hasta hoy, estaba el Dr. Teodoro Binder [...]El era jefe del Hospital Amazónico de Pucallpa que se levantó con apoyo de Alemania, yo trabajé dos años ahí [...]en el Ucayali se morían los niños generalmente, en esa época, por picadura de serpientes, eran los shipibos, pero eran shipibos menos intervenidos, entonces Binder estableció una primera cosa, ningún niño se queda solo sin sus padres [...] y mandó construir una casa para la familia

¹⁶⁹ El doctor Teodoro Binder, fundador del Hospital Amazónico, falleció el 26 de junio del 2011 en Francia, próximo a cumplir los 92 años de su edad.

donde el esposo se quedaba a dormir con sus otros hijos y cocinaban. (Antropóloga, Lupe Camino).

De 1995 al 2002, se ejecutó una iniciativa de salud materno-infantil en diversas Direcciones Regionales de Salud (un total de 12ª nivel nacional), conocida como el Proyecto 2000. Sus estrategias eran el uso de la lengua nativa, “acompañamiento” en los establecimientos de salud (presencia de los familiares), adecuación del parto con participación del esposo u otro familiar, intervención de parteras tradicionales, creación de espacios familiares para la hospitalización, programas para adolescentes y casa de espera para las gestantes.

En 1996, la ONG Manuela Ramos dio inicio al proyecto ReproSalud dirigido a los pueblos indígenas de los departamentos más pobres del Perú; esta experiencia abordaba los problemas de salud reproductiva e inequidades a través de los enfoques de género, derechos humanos y de interculturalidad.

La interculturalidad fue enfocada a través de una metodología constructivista, en sesiones participativas llamadas autodiagnósticos, de 4 horas al día durante una semana, con un grupo de 25 a 30 mujeres indígenas, la mayoría quechua hablantes, quienes deconstruían y construían sus conceptos acerca de la salud reproductiva

...entonces nunca les dijimos es sangre mala [se refiere a la menstruación] sino que ellas mismas hagan su propia reflexión con el conocimiento nuevo que les estábamos dando, esta metodología constructivista yo recojo primero tu saber y después el tuyo con el mío construyo nuevos y el tercero cómo lo vas aplicar en tu vida. (Enfermera, Esther Muñoz, Manuela Ramos, Reprosalud.)

Las experiencias del Proyecto 2000 y de Reprosalud al recoger las voces de los beneficiarios y beneficiarias indígenas fueron sistematizadas por UNICEF y USAID dando lugar, a fines de la década de los noventa, a la implementación como piloto del parto vertical y de las casas de espera materna, que posteriormente pasaron al control del MINSA, asignando nuevas condiciones presupuestarias que comprometieron seriamente su funcionamiento.

Los aspectos sociales de la salud y de la enfermedad en el Perú empezaron a tratarse por primera vez bajo el enfoque positivista a partir del siglo XX por los mismos profesionales de salud, en su gran mayoría, médicos psiquiatras quienes no llegaron a formar una continuidad académica en estas disciplinas.

Por su parte, los científicos sociales en el Perú no han tenido un gran interés por en el campo de la salud hasta la segunda mitad del siglo XX; ni mucho menos participaron en la planificación o desarrollo de las políticas de salud.

El Estado peruano tuvo conocimiento de los aportes de estos estudios sociales en el campo de la salud, pero no hubo la voluntad ni el interés de incorporarlos a las políticas sanitarias, en ninguno de los niveles, tan solo consiguió un espacio pequeño en la formación médica del pregrado, bajo la influencia del modelo biológico y del etnocentrismo occidental.

A partir de la década de los cincuenta, los científicos sociales peruanos realizan sus primeras investigaciones en salud: los antropólogos Luis Basto Girón publica en 1955, una tesis sobre la salud y la enfermedad en el campesino peruano del siglo XVII, José Gushiken publica el Tuno en 1977, Mary Fukumoto publica en la década de los ochenta y los noventa sendos trabajos sobre los servicios de salud.

En la década de los noventa, sobresalieron las investigaciones del historiador Marcos Cueto sobre las epidemias y las del sociólogo Juan Arroyo Laguna sobre las políticas sanitarias del Perú; posteriormente, a inicios del siglo XXI, la salud reproductiva y el chamanismo serían estudiados por los antropólogos Carlos Eduardo Aramburú y Luis Millones respectivamente.

También los investigadores extranjeros han dado un valioso aporte sobre el tema, como el italiano Mario Polía quien investigó a los curadores del norte del Perú, Anita Carlier estudió a su vez la MT del Valle del Canipaco (Huancayo), y los estadounidenses, Marlene Dobkin escribió sobre el ayahuasca, Douglas Sharon, sobre el chamanismo y Jeanine Anderson sobre la mortalidad materna perinatal.

Por extensión, el simple contacto entre culturas diferentes ha sido denominado como interculturalidad o interculturalidad “de hecho”, sin considerar que el concepto y la esencia de la interculturalidad han sufrido una completa transformación a medida que se ido enriqueciendo con los nuevos conceptos de la modernidad y de la postmodernidad y, sobre todo, de la valoración del hecho empírico (auténtica convivencia cultural).

Este uso, a nuestro juicio incorrecto, ha generado una simplificación en el sentido más lato del término que aparte de vulgarizarlo lo desnaturaliza por completo.

...pero esta idea de la otredad que se imponen en los discursos interculturales como que interculturalidad y lo vemos escrito en los artículos que se publican y también en las intervenciones es negociar que usted es de una cultura y yo de otra a mí eso me parece inadecuado, me parece chato, simplificación, me parece que volvemos a unas definiciones, creo que hemos hecho muy mal nuestro trabajo los antropólogos... (Antropóloga, María Elena Planas, docente de la UPCH.)

Como una anécdota sobre este punto que señalo importante, está la entrevista a un funcionario del nivel central de un ministerio, quien consideraba que un avance en el desarrollo de la sociedad intercultural peruana es el boom de la gastronomía.

4.2. Pueblos Originarios

La multiplicidad de etnias que coexiste en la región andina y amazónica del Perú ha sido, a lo largo de nuestra historia, sistemáticamente marginada. Durante la época de la conquista y la colonia, los gobernantes españoles vieron en los nativos de América una masa indiferenciada apta para la nueva fe, el trabajo forzado y la explotación; más tarde, la República del Perú dio leyes de igualdad para todos los

ciudadanos en un intento de *borrar* nuestra diversidad y especificidad cultural, que no se condecía con el proyecto republicano de la oligarquía peruana.

Las primeras normas legislativas hacia la población amerindia tienen sus raíces en las ‘políticas de indios’ de la época de la conquista y continuada en la virreinal, cuando se consideraba que los indígenas debían gobernarse con leyes vinculadas a sus creencias, formas de gobierno, estratificación social, etc.; y que son conocidas como Las *Leyes de Indias*.

Hasta 1503 no había ningún dispositivo claro sobre la población indígena; a pesar que ya habían sido repartidos a algunos conquistadores. En ese año, a través de la encomienda se reconoció su condición de vasallos “libres” pero con la obligación de convivir con los españoles y la de trabajar para ellos a cambio de un salario y una manutención, junto con la obligación por parte de los encomenderos de educarlos en la fe cristiana.

El auténtico propósito de estas normas fue garantizar la mano de obra imprescindible para explotar las minas y asegurar el asiento de una población castellana que afianzará la colonia recién descubierta; asimismo, la monárquica buscaba legitimar sus decisiones y que sus actuaciones fueran “conformes a derecho humano y divino”.

En 1512, el rey Fernando el Católico reunió en una Junta de Burgos a un grupo de teólogos y juristas responsables de la política indiana junto con los representantes de la orden de los dominicos; en la que destacaba, la voz crítica del padre Antonio de Montesinos, y algunos partidarios de la encomienda.

Las *Leyes de Burgos* pretendieron mejorar el tratamiento dado a los indígenas, suavizar sus obligaciones laborales, regular sus condiciones de vida y velar por su evangelización y enseñanza; pero el verdadero objetivo, fue reforzar el poder de los repartimientos y encomiendas; a la vez, aminorar la postura radical de los dominicos. Nada se consiguió a favor de los indígenas quienes en la práctica continuaron en un estado de semiesclavitud.

En 1542 se dio un conjunto de reformas dando origen a las *Leyes Nuevas* que anulaban el requerimiento y, al mismo tiempo, la esclavitud de los indígenas; asimismo, dispuso la desaparición de las encomiendas en el paso de una generación, lo que ocasionó un completo rechazo de parte de los encomenderos, quienes impidieron su aplicación aduciendo “la falta de condiciones necesarias”, iniciándose la fórmula política: “acato pero no cumplo”.

El término indio impuesto por un error geográfico a los habitantes aborígenes de América es el primer intento foráneo por *borrar* las diferencias e identidades socioculturales. El término se siguió utilizando oficialmente hasta el Gobierno del General Juan Velasco Alvarado (1968-1975) quien lo cambió por el de campesino.

Los indigenistas, en su momento, intentaron redefinir el significado de “indio” en la II Conferencia Indigenista de 1948 en el Cuzco, dándole un nuevo significado, en un intento por desvincularlo de toda carga de humillación y desprecio que representaba; sin embargo, el significado peyorativo de indio continuó y continúa vigente, por lo que nuestros pueblos originarios han adoptado libremente el nombre de indígenas que quiere decir propios del lugar, como una forma reivindicativa de construir su identidad.

Un segundo término homogeneizante fue el de “mestizaje”, de bastante aceptación en el Perú, y que ha sido reinterpretado como una forma de racismo. En el mestizaje, la sexualidad juega un papel gravitante, porque es utilizada como un arma de dominación en situaciones de diferencias de poder.

El racismo como estructura de la sociedad peruana está enraizado en cada uno de nosotros y estamos tan acostumbrados a las codificaciones y decodificaciones racistas que estas suelen pasar desapercibidas, es decir, se “naturalizan” en una sociedad como la nuestra.

La “naturalización” del racismo señala claramente un estado de dominación de uno o unos sobre otros; esta ideología es la que estructura la manera como el estado y

la sociedad peruana, en líneas generales, miran a los pueblos indígenas y construyen las políticas públicas precisamente para esta población:

...cómo miramos al otro, y quién es el otro acá, y en la medida que no le reconozcamos derechos, mientras no incorporemos su participación en diferentes procesos y mientras no lo consideremos como un igual y con las mismas capacidades va a ser muy difícil pensar en que participen en esos espacios de diseño... (Antropóloga, María Ponce, Chirapaq.)

La discriminación racial en la variopinta sociedad peruana se le encuentra en casi todos los niveles sociales, en donde toma diferentes direcciones pero que se encuentra fuertemente estructurado en nuestras acciones y decisiones hasta difuminarse y convertirse en lo sólito:

[Mientras] la sociedad peruana, sobre todo, la sociedad limeña no acepte que es inconcebible que empleadas y empleados de servicio doméstico no tengan un contrato de trabajo, que no tengan derecho a la seguridad social que no tengan derecho a vacaciones, que no tengan derechos a un fondo de retiro, que no tengan derechos en general, no se va a avanzar... (Médico, Germán Perdomo Córdoba, OPS/OMS en el Perú.)

...la dependiente de una oficina del Estado que trata mal al otro no es porque tenga un enfoque positivista de las cosas y el otro no, es simplemente por el aspecto racial, el aspecto de procedencia, el aspecto cultural es una estructura y la superestructura se forma sobre eso. (Médico e Historiador de la Salud, Oswaldo Salaverry, actual Director del CENSI.)

La primera visión de las ciencias antropológicas sobre los pueblos indígenas fue paternalista y reivindicativa. El que hacer del antropólogo era hablar por quienes “no tenían voz” y esa sobreprotección causó, a la larga, más perjuicio que beneficio.

Esta condición ha cambiado radicalmente, ahora la labor del antropólogo es manejar los conflictos interculturales y establecer las bases para un mejor

entendimiento alrededor de temas coyunturales como la descentralización, manejo de recursos naturales, medio ambiente, etc.

Por su parte, la visión positivista de las ciencias de la salud descontextualiza y desnaturaliza el conocimiento tradicional de los pueblos indígenas en un intento por “entenderlo” a través de su racionalidad; además de aprovechar sus bondades y beneficios sin el reconocimiento legal y moral que eso acarrea:

Hoy día la uña de gato es el boom de las plantas medicinales peruanas, la uña de gato se exporta, se encapsula, se liofiliza, se convierte en producto de exportación, yo me pregunto en cuánto se ha beneficiado el sabio indígena amazónico que descubre esta planta para la humanidad ¿Cuánto? casi nada, más aún se le ha perjudicado... (Médico en Terapias Alternativas, Palmiro Ocampo UNMSM, EsSalud, Ex director del INMETRA.)

Se agarra la parte técnica y se le da otro software; agarras el hardware y pones otro software. Y no siempre funciona bien, algunas cosas prácticas tal vez, pero otras cosas no. (Médico, Jorge Silva Rosario, EsSalud.)

... por qué tienen que creer en la vacuna, si yo les enseño [a los indígenas] un frasquito y les digo que esto te va a inmunizar[...] qué cosa es una agüita de 2 cc totalmente incoherente si uno lo piensa dentro de la no racionalidad occidental [...] es como a raja tabla, como cuando le dieron la Biblia al Inca... (Antropóloga, Lupe Camino.)

Al indigenismo de inicios del siglo XX surgió la ideología del indianismo que se dio de manera desigual en los países latinoamericanos.

El indianismo es el pensamiento de los propios indígenas sobre la situación indígena; su trascendencia y voz se ha dado con mayor fuerza en Bolivia en una corriente ideológica de la década de los cincuenta, conocida como Katarismo.

En el Perú, el indianismo aparece en la década de los ochenta con la creación de AIDSESEP y el Consejo Indio de Sudamérica (CISA) durante un Congreso Indio en Ollantaytambo, Cuzco.

En vista que el aparato estatal, de sus respectivos países, no escuchó ni atendió sus reclamos, las organizaciones indígenas latinoamericanas cambiaron de estrategia y, a fines de la década de los setenta, pudieron ser atendidos por las ONG's.

Al inicio de la década de los ochenta las Naciones Unidas empezaron a interesarse por la situación de los pueblos originarios creando una subcomisión que trataría el tema bajo el enfoque de derechos humanos. Para la década de los noventa, los derechos comunitarios de los pueblos indígenas fueron reconocidos por las Naciones Unidas.

Históricamente, la lucha por la reivindicación de los pueblos originarios se inició en 1923. Cuando el jefe Deskaheh, de la Confederación iroquesa (constituida por indígenas que habitaban el noreste de los EE. UU. y el sureste del Canadá) viajó a Ginebra para hablar a la Sociedad de las Naciones y defender el derecho de su pueblo de vivir conforme a sus propias leyes, en su propia tierra y bajo su propia fe.

Presentó el memorial *The red man's appeal for Justice*, aportando el Wampum de dos hileras, el pacto más antiguo firmado con los europeos. No se le permitió hacer uso de la palabra y regresó a su pueblo para continuar luchando por sus derechos hasta su fallecimiento en 1925.

En las últimas décadas, los pueblos originarios han alcanzado un espacio político a nivel internacional, un reconocimiento de sus derechos comunitarios y un cierto nivel de autonomía sobre sus territorios y el manejo de los recursos naturales; pero están muy lejos de conseguir el bienestar social, solo basta observar los índices de pobreza, morbilidad, necesidades básicas insatisfechas, saneamiento, entre otros, para tener una idea de la alarmante situación en la que se encuentran.

Los pueblos indígenas viven en una situación de injusticia permanente que el Estado ha sabido manejar a través de la interculturalidad; en ese sentido, el enfoque o el discurso “intercultural” manejado, enfocado y ejecutado por el estado, por lo menos en el sector salud, permite mantener el statu quo en relación a los pueblos indígenas, no de otra manera se puede entender esa falta de voluntad política por mejorar sus condiciones de vida.

El discurso intercultural es un discurso bien cómodo, si vamos a rescatar lo cultura de la gente, cómo piensan, pero no dicen voy a tener que invertir tantos millones en centros de salud de calidad, comprar avionetas, contratar gente, en ese sentido, la interculturalidad se puede convertir, desde mi perspectiva, en algo que yo denomino un concepto mistificador que vela más que revelar, se echa la culpa a la cultura de la gente o a la diferencia cultural de problemas que no tienen nada que ver con diferencia cultural. (Antropólogo, Julio Portocarrero, CENSI.)

El Estado e incluso los organismos internacionales instrumentan la cultura como un factor causal de las condiciones socioeconómicas de las poblaciones indígenas e incluso las no indígenas en situación de pobreza y de exclusión; en su práctica las políticas sociales clasifican (o discriminan) a los ciudadanos dándoles su “lugar” que corresponde a sus respectivas “necesidades”.

...hice una consultoría y nos pidieron que hagamos un análisis de las barreras que limitaban el acceso a los servicios del MIDIS [...] había un montón de barreras geográficas, eran barreras como las de cualquier ciudadano [...] solo teníamos que hablar sobre diferencias culturales, [...] sabes que es lo que querían, si ellos podían coger la tarjeta o si les iba ser muy difícil meterla en el cajero, se da cuenta un culturalismo absurdo, a mi me parece obsceno... (Antropóloga, María Elena Planas, docente de la UPCH.)

Y la cultura se convierte así en una especie de “chivo expiatorio” siendo la “razón” porque los pueblos indígenas no han alcanzado la salud ni el desarrollo deseado desde nuestros parámetros.

Los dispositivos legales a nivel internacional que protegen sus derechos han sido reconocidos por sus respectivos Estados; sin embargo, su aplicación a la praxis política dista mucho de concretarse, porque los estados, en una nueva modalidad del “acato pero no cumplo” recurren a subterfugios e interpretaciones para dejarlos sin efecto pero con la apariencia de darle una *legalidad*.

En el sector salud, las normas sobre salud intercultural reciben el mismo tratamiento cuando son aplicadas en una realidad pluricultural como la nuestra, en donde la ley no ha conseguido aprehenderse en la intimidad de nuestro quehacer diario, y empiezan a aflorar nuestras creencias, estereotipos, prejuicios, etc.; que para hacerlos aplicativos los “racionalizamos” y “justificamos” ante nosotros mismos y ante los demás para conseguir su aprobación lo que nos permitirá “avanzar” a nosotros y a quienes nos sigan en el quehacer diario:

...de pronto viene otro prestador [de salud] y dice la gestante se ha escapado y hay que llamar al Juez de Paz, al policía y hay que ir a traerla otra vez en el carro de la policía... esa es la comprensión, una cosa es lo que está en un papel y otra cosa es a la hora que toma cuerpo en la práctica clínica o de la provisión de los servicios de salud, toma cuerpo en lo que somos en lo que la gente piensa qué cosa es el usuario, cuál es la relación que se debe establecer (Antropóloga, María Elena Planas, docente de la UPCH.)

...en Cusco la antropóloga Moraima Montibeller me informó un caso: una señora dio a luz [en una casa de espera] pero como las encerraban para que no se escapen, como no había nadie porque se van en la noche, la otra señora tuvo que atenderla en el parto, o sea una parturienta atiende a la otra, y en la mañana cuando llegan, ya el niño ha nacido... (Antropóloga, Lupe Camino.)

En el Perú, recientemente, se promulgó la ley de consulta previa fruto de los consensos entre el Estado representado por el Congreso de la República y los representantes de las comunidades indígenas. Esta ley que tuvo varias versiones reconoce el derecho a las comunidades indígenas y originarias a ser consultadas

antes de la realización de cualquier proyecto privado o estatal que pudiese afectar su “identidad cultural, calidad de vida o desarrollo”.

Sin embargo, esta ley de consulta previa no da derecho a los pueblos indígenas al veto, lo que es obligatorio es consultar tal y como lo establece la Guía del Convenio 169; pero el Estado es el que tiene potestad de decidir discrecionalmente si se continúa o no con el proyecto (Artículo 15) aun cuando haya habido un “no” como resultado de la consulta; es decir, los efectos de esta ley solo son vinculantes cuando exista aprobación y sus sugerencias sean negociadas con el estado (Artículo Nro. 3), pero no tiene derecho a decir “no”.

En ese sentido, se da un “derecho” que, propiamente hablando, no es tal, pues su ejercicio no tiene efectos vinculantes para nadie, pero que al ser llamado “derecho”, crea una justificada sensación de empoderamiento en quienes lo reciben:

Artículo 3. Finalidad de la consulta

La finalidad de la consulta es alcanzar un acuerdo o consentimiento entre el Estado y los pueblos indígenas u originarios...

Artículo 15. Decisión

La decisión final sobre la aprobación de la medida legislativa o administrativa corresponde a la entidad estatal competente. (Ley 27985. Ley del derecho a la consulta previa a los pueblos indígenas u originarios reconocidos en el Convenio 169 de la Organización internacional del Trabajo-Congreso de la República del Perú, 07 setiembre 2011)

La organización de las comunidades indígenas en el Perú difiere al de otros países con mayoritaria población indígena, como el caso de Ecuador o de Bolivia donde el diálogo intercultural se encuentra mucho mejor posicionado:

...en el Perú lo andino no está estructurado como un movimiento de reivindicación cultural-étnico, es básicamente... las reivindicaciones andinas han estado alrededor de los grandes temas nacionales me refiero a descentralización, manejo de presupuesto y finalmente medio ambiente, alrededor del tema minero, pero no ha sido una reivindicación asociada al tema cultural esencialmente; lo cultural ha estado presente pero como accesitario incluyendo el tema de salud... (Médico, Mario Tavera, UNICEF.)

A diferencia de ciudades como Quito y La Paz que se encuentran rodeados de comunidades indígenas, y su presencia es gravitante en sus respectivos desarrollos histórico-políticos; en Lima, la presencia indígena ha sido mínima. Lima es una capital litoral; fue un enclave del poder español, luego del poder inglés y ahora del norteamericano; aquí, el indígena tuvo que venir a la capital, no solo a mejorar sus condiciones de vida, sino también a amestizarse.

Para la antropóloga Lupe Camino, la falta de organización de las comunidades indígenas responde a otros propósitos, no es una característica de los pueblos indígenas la desorganización, todo lo contrario, es gracias a su organización que estos pueblos todavía perviven, la razón obedece a otros intereses:

...definitivamente no hay una articulación en algunas zonas pero se encargan las ONGs de que no la haya, porque yo le pago al dirigente Juanito y a Pepito que está más allá no le doy nada y Juanito es mi servidor para mi ONG ese de allá no, entonces ¿quien se encarga de que hay división?... El Estado, las ONGs. [...] Médicos sin Fronteras y los jesuitas tienen intervenciones AI, yo he trabajado con ambos de lo que nunca me arrepentiré, por eso le digo hay de todo, pero los otros intervienen para dividir, como va a ver articulación si claro a los dirigentes los compran, les pagan un sueldo de 3,000 que allá en la selva jamás nadie ha ganado, lo dividen y todos lo miran con suspicacia y desconcierto. (Antropóloga, Lupe Camino.)

Los pueblos indígenas saben quienes los apoyan y quienes no, incluyendo a sus dirigentes, y por eso, miran con una gran desconfianza la labor del estado.

... en la selva lo que se miden y lo que te miden y hay que tener un cuidado con eso es las consecuencias, ellos saben perfectamente... se pasan la voz: fulanito no confíes y todos los aguarunas saben que no eres de confiar. Entonces hay un espíritu y un cuerpo pero que no necesariamente lo representan los dirigentes. (Antropóloga, Lupe Camino.)

Si consideramos que Lima continúa siendo un enclave de la cultura occidental, con una clase dirigente en la que persiste una visión racista hacia las otras culturas; ella se convierte en el primer interesado en que la DC no se organice para reclamar y ejercer sus derechos, con la consecuente pérdida de poder.

Existen diferencias entre la organización de las comunidades indígenas de la sierra con los de la selva; en estas últimas parece haber un mayor empoderamiento y una mayor movilización social alrededor de la identidad étnica; mientras los pueblos de la selva se denominan nativos en la sierra existen otros términos como campesinos, campurunas, etc.

Antes de entrar al desarrollo de la PSI es necesario diferenciar lo que es la salud indígena de la salud intercultural.

La salud indígena es el conjunto de creencias (cosmovisión holística), procedimientos (diagnóstico, tratamiento, prevención y restauración) y prácticas (técnicas y rituales como la limpia del cuy, el pago a la tierra, el mantéo, etc.) relacionadas a la salud de las personas con su entorno social y su hábitat; son propias de cada uno de los pueblos indígenas y su enseñanza por lo general es en la familia, de padres a hijos, o cuando un varón o una dama es “escogido” y “señalado” por las fuerzas de la naturaleza.

En cambio, la salud intercultural obedece a un enfoque político, planificado e intencional, que puede venir del Estado, de la sociedad civil o del sector privado con el fin de acercar los servicios a grupos con características culturales diferentes:

La Salud Intercultural tiene que ver con todos los procesos de adecuación, pertinencia intercultural en los servicios de salud y de diálogo intercultural a todo nivel y en cualquier tipo de establecimiento no necesariamente en el contexto indígena... (Antropólogo, Julio Portocarrero, CENSI.)

Este concepto se corresponde con el de la antropóloga Ana María Oyarce y el médico Jaime Ibañe, ambos chilenos, que conceptúan la interculturalidad en la salud como “*la capacidad de moverse equilibradamente entre conocimientos, creencias y prácticas culturales diferentes*” no necesariamente indígenas.

Sobre la base de estas ideas, la MT de los pueblos indígenas también tuvo que *adaptarse* a las exigencias de personas provenientes de otras culturas o cuando se ejercía en las grandes ciudades, lejos de su lugar de origen, lo que le impedía obtener insumos propios o cumplir ciertos rituales; si bien, el curador o curadora se caracteriza por no cobrar sus servicios, se considera que algunos pueden entrar a la lógica del mercado y ofrecer su práctica como un servicio al público.

4.2.1. Análisis y clasificación de los dispositivos legales nacionales de la PSI

Cuadro 1: Normas legales sobre Institucionalización

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Decreto Legislativo N° 584 (18.04.90) creación del INMETRA. 2. El Decreto Supremo N° 002-92 SA Pliego Presupuestal, INMETRA. 3. Resolución de Presidencia Ejecutiva 097-IPSS-92 creación del Instituto de Medicina Tradicional del Instituto Peruano de la Seguridad Social. 4. Resolución Directoral Nro. 001-94 DISURS-I-CALLAO/O6 Programa de Salud de Medicina Tradicional y Terapias Alternativas en el sector del Callao. 5. Resolución GG487/IPSS/98, (07.05.98) Programa Nacional de Medicina Complementaria en el Seguro Social. 6. Ley 27657 (17.01.2002) INMETRA pasa a ser CENSI. |
|---|

Fuente: MINSA-Congreso de la República – 2013

Los modelos médicos de salud, como la MT, se empiezan a institucionalizar en la década de los noventa del siglo XX; contribuyó a ello, los estudios científicos en el Perú a partir de 1920, y sobre todo, el espaldarazo internacional de la OMS con la Declaración de Alma Ata en 1978.

Los objetivos del INMETRA eran revalorar, promover y desarrollar la MT en el Perú, a través de políticas acordes a la política nacional de salud fundamentadas en el estudio e investigación de las actividades, conductas, actitudes, usos y costumbres de las comunidades y de los pueblos indígenas utilizados directa e indirectamente en el cuidado de la salud; también se ocupaba de la capacitación del personal del MINSA organizando programas curriculares y extracurriculares, la promoción de la producción y el comercio de los productos que se puedan usar en MT.

Entre sus objetivos y fines buscaba su articulación con la medicina académica, pero en su discurso no se había incorporado los conceptos de interculturalidad, todo lo contrario, Fernando Cabieses en sus escritos utiliza el término transcultural, y esto se corresponde con la visión biológica que tuvo el INMETRA en su práctica.

El INMETRA llegó a tener un total de 16 filiales a nivel nacional, en las zonas de mayor concentración indígena; sin embargo, en los hospitales del MINSA las unidades de MT y de terapias alternativas estuvieron siempre reducidas por el MMH que junto a su falta de organización y comunicación les resto protagonismo.

El IMET del IPSS en cambio se fundó en la ciudad de Iquitos y desde su inicio se orienta al estudio de la etnobotánica amazónica, en la actualidad, es el único instituto que investiga las plantas medicinales a nivel preclínico y clínico, cuyos resultados son aplicados posteriormente a la población asegurada, a través de los Centros de Atención de Medicina Complementaria (CAMEC) de EsSalud.

La labor que cumple el IMET de la Seguridad Social y sus centros de atención a nivel nacional (en Lima y 12 regiones más del Perú) sobre la población asegurada no se enmarca necesariamente en la visión intercultural, pues no se promueve ni se

impulsa ni se fomenta la cultura aborigen, pero si está mucho mejor organizada que las unidades de MC del MINSA.

El CENSI ha marcado distancia con la práctica del IMET a la que ha calificado como una forma de asimilación no solo de la medicina tradicional, a través de la herboristería, sino de la medicina oriental con la acupuntura, las terapias manuales, entre otros modelos de salud.

En los noventa, el INMETRA era un órgano descentralizado con categoría de instituto, es decir, contaba con autonomía técnica, económica y administrativa; pero en el 2002, se convierte en Centro y pasa a ser el CENSI adscrita al INS, disminuyendo su importancia y autonomía.

Cuadro 2: Normas Legales sobre Plantas Medicinales

1. Decreto Legislativo N° 584 (18.04.90) creación del INMETRA.
2. Resolución de Presidencia Ejecutiva 097-IPSS-92 creación del Instituto de Medicina Tradicional (IMET) del IPSS.
3. Ley General de Salud N° 26842 (1997) Art 62° "la Autoridad de Salud a nivel nacional establece un listado de plantas medicinales de uso restringido o prohibido por razón de su toxicidad o peligrosidad". Art. 63° "La comercialización de plantas medicinales y sus preparados obtenidos en forma de extractos, liofilizados, destilados, tinturas, cocimientos o cualquier otra preparación galénica con finalidad terapéutica, diagnóstica o preventiva en la condición de fórmulas magistrales, preparados oficiales o medicamentos, se sujeta a los requisitos y condiciones que establece el reglamento (Registro Sanitario). Las plantas medicinales que se ofrezcan sin referencia a propiedades terapéuticas, diagnósticas o preventivas, pueden comercializarse libremente."
4. Decreto Supremo N° 010-97. Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos y Afines. A las plantas medicinales se les denomina Recursos Terapéuticos Naturales (RTN).
5. Decreto Supremo N° 004-99-SA (18.08.99) suspende por dos años la presentación de Monografía, Certificado de especie vegetal, Marcha fitoquímica y Estudios de estabilidad para obtener el Registro Sanitario de los RTN.
6. Decreto Supremo N° 004-2000 (22.10.2000) que simplificaba los requisitos para la obtención del Registro Sanitario del RTN.
7. Ley N° 27300 (08.07.2000) Aprovechamiento Sostenible de las Plantas Medicinales.
8. Ley N° 27811 (10.08.2002) Régimen de Protección de los conocimientos colectivos de los Pueblos Indígenas vinculados a los Recursos Biológicos.
9. Ley N° 27821 (17.08.2002) de Promoción de Complementos Nutricionales para el Desarrollo Alternativo.

Fuente. MINSA y Congreso de la República del Perú - 2013

Con la creación de sendos institutos de MT por parte del MINSA y del Seguro Social (EsSalud) se empieza a revalorarlo a través de la investigación científica, normar su comercialización, que data desde tiempos hispánicos, y preservar la flora nativa medicinal y alimenticia del país de la explotación indiscriminada (recolección y comercialización sin reposición).

La Ley General de Salud marcó un hito, porque antes las plantas medicinales y sus productos derivados eran inscritos en el Instituto Nacional de Nutrición del MINSA con el Registro Sanitario de alimentos y, posteriormente, en la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas–DIGEMID.

Con el D.S. N° 010-97, las plantas medicinales reciben la denominación de Recursos Terapéuticos Naturales (RTN) de uso en salud. Entre los requisitos para su registro sanitario, se daba un plazo de 180 días para la presentación completa de los documentos; sin embargo, la presión de las empresas de este rubro consiguieron prorrogar el plazo sucesivamente, hasta que gracias al D.S. N° 004-99 lograron suspender por dos años la presentación de los documentos como la monografía, el certificado de especia vegetal, etc. para la obtención del Registro Sanitario del RTN, dejando así a un lado las exigencias del Estado hacia las empresas que garantizaban un mínimo de investigación y de responsabilidad social. Finalmente en el 2000 con el D.S. N° 004-2000 se consiguió modificar el D.S. 010-97 y simplificar los requisitos necesarios para realizar el Registro Sanitario del RTN.

La Ley N° 27300 genera un problema de definición. La ley dice que las plantas medicinales son “aquéllas, cuya calidad y cantidad de principios activos, tienen propiedades terapéuticas comprobadas científicamente en beneficio de la salud humana.”; mientras que para las comunidades amerindias, la mayoría de las plantas de uso medicinal no curan por sus propiedades químicas.

La Ley N° 27811 responde a la necesidad de proteger conocimientos ancestrales y colectivos; lo que no era posible hacer con las leyes de protección a la propiedad intelectual que se basa sobre los derechos individuales.

La ley N° 27821 ha generado controversia porque busca reemplazar al D.S. N° 010-97SA; y modifica los requisitos del registro sanitario del RTN, así como la autoridad sanitaria correspondiente (de la DIGEMID a la DIGESA). Además no es lo mismo elaborar un medicamento a base de plantas medicinales que un alimento porque debe garantizarse la calidad, inocuidad, seguridad y eficacia.

Cuadro 3: Normas Legales sobre Pueblos Indígenas

1. Decreto Supremo N° 15-2001-PCM (13.04.2001) crea la Comisión Especial Multisectorial para las Comunidades Nativas.
2. Decreto Supremo N° 072-2001-PCM. Se establece la Mesa de Diálogo Permanente para las comunidades nativas
3. Resolución Ministerial N° 192-2004/MINSA (13.02.2004) Comisión Nacional de salud de los pueblos indígenas amazónicos.
4. Resolución Ministerial N° 771-2004/MINSA (2004) se establece la Estrategia Sanitaria Nacional Salud de los pueblos indígenas.
5. Ley N° 28588 (21.07.2005) Incorpora al Servicio Integral de Salud (SIS) a la población mayor de 17 años en situación de pobreza y extrema pobreza.
6. Plan General de la Estrategia Sanitaria Nacional Salud de los Pueblos Indígenas (2006).
7. Ley N° 28736 (18.03.2006) Protección de pueblos indígenas u originarios en situación de aislamiento voluntario y situación de contacto inicial.
8. Decreto Supremo 008-2007/MIMDES (07.10.2007) Reglamento de la Ley N° 28736.
9. Ley N° 29785 (07.09.2011) Ley de Consulta Previa.
10. Decreto Supremo N° 001-2012-MINCUL (03.04.2012) Reglamento de la Ley N° 29785.
11. Modifican artículo N° 1 de la Ley N° 28588 (14.12.2011) para incorporar a los miembros de las rondas campesinas y nativas y comités de autodefensa como beneficiarios del SIS.

La Comisión especial Multisectorial estuvo integrada por los Ministerios de Agricultura, Pesquería, Energía y Minas, Defensa, Educación, Salud y de la Mujer y del Desarrollo Humano además de la Defensoría del Pueblo. Se estableció además una Mesa de Diálogo y Cooperación a fin de elaborar, con la participación de las organizaciones indígenas e instituciones interesadas, acciones para solucionar los problemas que afectan a las comunidades nativas del país. La Mesa de Diálogo se hizo cargo de formular el Plan Integral para el Desarrollo de las comunidades nativas de la Amazonía Peruana, con el fin de “construir un sistema intercultural de salud y ampliar la cobertura de la salud pública entre las comunidades nativas.”

La Comisión Nacional de Salud Indígena Amazónica hizo un análisis de la situación de la salud de las poblaciones indígenas y elaboró un “Plan Nacional de Salud para los Pueblos Indígenas Amazónicos” cuyo objetivo principal era adecuar culturalmente el sistema de salud pública en estos pueblos.

La creación de la Estrategia Sanitaria Nacional Salud de los Pueblos Indígenas es un componente importante de la respuesta que el Estado propone en el nuevo contexto reivindicativo del movimiento indígena y campesino en las últimas décadas, para disminuir las brechas sanitarias desfavorables para estos pueblos en el marco de la lucha contra la inequidad, pobreza y exclusión, determinantes importantes de la salud. El órgano responsable de su elaboración es el CENSI quien junto con las diferentes Direcciones Generales del MINSA preparan el 2006 el Plan General de la Estrategia Sanitaria de los Pueblos Indígenas.

Un avance importante en la salud de los pueblos indígenas es la Ley N° 28588 es su incorporación al SIS debido a que un buen número de estas comunidades, por no decir todas, son consideradas en situación de pobreza y pobreza extrema. Posteriormente, la Ley N° 28736 y su reglamentación a través del D.S. 008-2007/MIMDES son dispositivos legales especializados en la población indígena en aislamiento voluntario o en situación de contacto inicial; estas poblaciones ejercen su derecho de vivir y desarrollarse *fuera* de la sociedad.

La Ley de Consulta previa y su reglamentación se han llevado a cabo en medio de algunas desavenencias entre el estado y los representantes de las comunidades indígenas; incluso, se manifestó en algunas de las entrevistas realizadas que estos dispositivos fueron impuestos “a raja tabla”, sin embargo, el ejercicio de este derecho podrá ofrecer las consideraciones para su rectificación.

Cuadro 4: Normas Legales Medicina tradicional, alternativa y complementaria

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Decreto Legislativo N° 584 (18.04.90) creación del INMETRA. 2. Resolución de Presidencia Ejecutiva 097-IPSS-92 creación del IMET-IPSS. 3. Ley General de Salud N° 26842 (1997), en el Título Preliminar XVII, establece: "La promoción de la MEDICINA TRADICIONAL es de interés y atención frecuente del estado". 4. Decreto Supremo N° 001-2003-SA el CENSI es el ente oficial gubernamental con competencias específicas en materia de MT. 5. Resolución Ministerial N°134-2008/MINSA. Reconocimiento oficial a la Asociación Peruana de Acupuntura y Moxibustión. 6. Decreto Supremo N° 013-2006-SA. Reglamento de Establecimientos de salud y Servicios Médicos de Apoyo. En el Título tercero se menciona a los Centros de Medicina Alternativa. 7. Resolución Ministerial N° 2007-2011/MINSA. (18.03.2011). Constituyen Comisión Sectorial de Medicina Alternativa y Complementaria (COMAC) para que proponga un marco normativo de creación y categorización y acreditación de los servicios de Medicina Alternativa y Complementaria. |
|--|

Fuente. MINSA y Congreso de la República del Perú - 2013

La reglamentación de la Medicina Tradicional y Alternativa todavía está en construcción y es paradójico pues se ejerce desde hace décadas en el Perú. Los proyectos de Ley que se han sucedido han sido observados como se indica en el subcapítulo 2.3.3. Legislación en el Perú de las otras medicinas

Cuadro 5: Normas Legales sobre Política de Salud Intercultural

1. Resolución Ministerial N° 039-2005/MINSA (18.01.2005) Constituye la Unidad Técnica Funcional de Derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad en Salud.
2. Resolución Ministerial N° 598-2005/MINSA (02.08.2005) aprueba la Norma técnica N° 033-MINSA/DGSP-V.01 para la Atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural.
3. Resolución Ministerial N° 638-2006/MINSA (14.07.2006) que aprueba la NTS N° 047-MINSA/DGPS V.01 Norma Técnica de Salud para la Transversalización de los Enfoques de derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad en Salud.
4. Resolución Ministerial N° 674-2006/MINSA (27.07.2006) Aprueban Documento Técnico para implementar las Casas de Espera Materna.
5. Resolución Ministerial N° 797-2007/MINSA (20.09.2007) aprueban "Guía Técnica: Relacionamiento para casos de Interacción con Indígenas en Aislamiento o en Contacto Reciente".
6. Resolución Ministerial N° 798-2007/MINSA (20.09.2007) se aprueba la "Guía Técnica: Atención de Salud a Indígenas en Contacto Reciente y en Contacto Inicial en Riesgo de Alta Morbimortalidad".
7. Resolución Ministerial N° 799-2007/MINSA (20.09.2007) Se aprueba la NTS N° 059-MINSA/INS-CENSI-V.01 "Norma Técnica de Salud: Prevención, contingencia ante el Contacto y Mitigación de Riesgos para la Salud en escenarios con presencia de Indígenas en Aislamiento y en Contacto Reciente".

Fuente. MINSA y Congreso de la República del Perú del Perú - 2013

La PSI no ha conseguido un posicionamiento lo suficientemente importante a nivel de la alta gerencia del sector salud que le permita institucionalizar la interculturalidad como la base en la que se sustentarían las futuras intervenciones sanitarias en los pueblos indígenas.

A nivel del MINSA existe un traslape de funciones entre la Estrategia Sanitaria de Salud de Pueblos Indígenas a cargo del CENSI y las actividades de la Unidad Funcional de Interculturalidad, género y derechos en salud creada por R.M.Nº 039-2005/MINSA.

El concepto e implementación de la interculturalidad en salud ha sido limitada al área de salud materna: la atención del parto vertical (Resolución Ministerial Nº 598-2005/MINSA) y las Casas de espera materna (Resolución Ministerial Nº 674-2006/MINSA) lo que lleva a su “ruralización” e “indigenización” en su práctica.

La labor del CENSI por la vulnerabilidad en la salud de las poblaciones en aislamiento voluntario o contacto inicial dio como resultado tres R.M. de importancia que reglamenta como el personal de salud debe comportarse si hay un contacto casual o a solicitud de estos pueblos indígenas.

Una iniciativa interesante del CENSI, que no ha dado el resultado esperado, es el Observatorio de Interculturalidad y otros Derechos en Salud de los Pueblos Indígenas. Su finalidad era articular las acciones y garantizar el pleno ejercicio de la información y participación de los indígenas; sin embargo, se ha convertido en el vocero de los representantes de las estrategias sanitarias sobre eventos, reuniones técnicas, capacitaciones, etc.

Sobre la base de estos resultados, damos por comprobada nuestra hipótesis: “Las normas nacionales promulgadas por el Estado peruano se ajustan al marco jurídico internacional; sin embargo, su aplicación es limitada o sin efecto por el sistema de salud oficial.”

4.2.2. Estrategias de Salud Intercultural en el Perú

1. Aspectos Cuantitativos

1.1. Pueblos y Comunidades Indígenas reconocidos por el CENSI-MINSA

El CENSI considera 71 grupos étnicos¹⁷⁰ (64 en la selva y 7 en la sierra); además, los afroperuanos, afrodescendientes, asiático descendiente y extranjeros.

El Convenio 169 de la OIT (ratificado por el Perú en 1993) define a los pueblos indígenas como aquellos que descienden de poblaciones que habitaban en el país o en una región geográfica a la que perteneció el país en la época de la conquista o la colonización o del establecimiento de las actuales fronteras estatales y que, cualquiera que sea su situación jurídica, conservan sus propias instituciones sociales económicas culturales y políticas, o parte de ellas.

La situación de nuestros pueblos indígenas evidencia un estado de postración y en muchos casos abandono, con mayor énfasis en la sierra y la selva. Esta situación de desventaja se expresa en indicadores negativos de morbilidad y mortalidad del país, y también en menor grado de desarrollo.

¹⁷⁰ http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/7/jer/ind_pueblos/Indice%20de%20pueblos.pdf Lista de Códigos usados en el campo “etnia”. INS. 9 de abril 2013.

Cuadro 6: Lista de las Étnias del Perú

Código	Descripción	Código	Descripción
01	Achuar , Achual	41	Ocaina (Ivo' Tsa)
02	Amahuaca	42	Omagua
03	Amaiweri – Kisambaeri	43	Orejón (Mai Huna, Maijuna)
04	Amarakaeri	44	Pisabo (Mayo, Kanibo)
05	Andoa – Shimigae	45	Pukirieri
06	Andoke	46	Quichua – Quichua runa, Kichwa (i)
07	Arabella (Chirupino)	47	Resígaro
08	Arasaire	48	Sapiteri
09	Asháninka	49	Secoya (Aido Pai)
10	Ashéninka	50	Shapra
11	Awajun (Aguaruna, Aents)	51	Sharanahua / Marinahua (Onikoin)
12	Bora (Miamuna)	52	Shawi (Chayahuita, Kanpunan, Kampu Piyawi)
13	Cacataibo (Uni)	53	Shipibo – Conibo – Shetebo
14	Cahuarana (Morocano)	54	Shuar
15	Candoshi – Murato	55	Taushiro (Pinche)
16	Capanhua (Junikuin)	56	Ticuna (Duúxügu)
17	Caquinte (Poyenisati)	57	Toyoeri
18	Cashinahua (Junikuin)	58	Urarina (Itukale, Shimaco, Kachá)
19	Chamicuro (Chamekolo)	59	Wampis (Huambisa)
20	Chitonahua	60	Yagua (Yawa, Nihamwo)
21	Cocama – Cocamilla	61	Yaminahua
22	Cujareño (Iñapañi)	62	Yanesha ("Amuesha")
23	Culina (Madija)	63	Yine - Yami ("Piro")
24	Ese' Eja ("Huarayo")	64	Yora ("Nahua", "Parquenahua")
25	Harakmbut	70	Otros grupos indígenas amazónicos
26	Huachipaire		
27	Huaorani (Tagaeri, Taromenane)	75	Aymara
28	Huitoto (incluye Murui, Meneca, Munaine)	76	Uro
29	Iquito	77	Jaqaru, kawi (jaqi, cauqui)
30	Isconahua (Icobakebo)	78	Chancas
31	Jebero (Shiwilu, Sewélo)	79	Chopccas
32	Jíbaro	80	Q'eros
33	Lamista	81	Wancas
34	Machiguenga (Matsigenka)	82	Otros grupos quechuas del area andina (ii)
35	Mashco – Piro ("Mashco")		
36	Mastanahua	90	Afroperuano
37	Mayoruna (Matsé)	91	Otros afrodescendientes (iii)
38	Murunahua	92	Asiático descendiente (iv)
39	Nanti	93	Extranjeros (v)
40	Nomatsiguenga		
			Peruano que NO se considera incluido en ninguno de los 99 grupos anteriores (se autodenomina "mestizo", "criollo", "cholo", "cusqueño", "piurano", "arequipeño", etc.)

(i)	Incluye a los pobladores quichuas pertenecientes a las comunidades indígenas amazónicas del Pastaza, Napo, Tigre, Madre de Dios.
(ii)	Incluye todos aquellos que siendo quechua hablantes se consideran pertenecientes a otros grupos andinos no considerados en esta relación . Incluye todas las otras variantes lingüísticas del quechua del área andina.
(iii)	Incluye a los afrodescendientes de otros países pero residentes permanentes en el Perú (afroamericanos, africanos, brasileros, haitianos, dominicanos, etc). No incluye los afrodescendientes en condición turista o con permanencia temporal, quienes serán codificados como "Extranjeros" (código 93).
(iv)	Todo descendiente de padres asiáticos, nacido o no en el Perú, pero que reside permanentemente en el Perú . No incluye asiático descendiente en condición turista o con permanencia temporal a quienes se les codificará "Extranjeros" (código 93).
(v)	Extranjero, con residencia temporal o permanente en nuestro país y que reconoce no pertenecer a cualquiera de los grupos señalados en el presente listado.

Fuente. MINSA, INS y CENSI – 2013

1.2. Pueblos Afroperuanos

Los afrodescendientes llegan al Perú como esclavos y laboran bajo esas condiciones en las haciendas de la costa. En el Perú colonial se fusionaron una gran diversidad de etnias africanas, entre las que destacan los yorubas, mandingas y terranovos.

Los esclavos fueron destinados a diferentes lugares, principalmente haciendas, para trabajos de agricultura, pero en algunos casos no podían comunicarse entre ellos porque no pertenecían a las mismas etnias y hablaban lenguas diferentes. A mediados del siglo XIX, los negros alcanzan su libertad. En la actualidad, la mayor parte de la población afroperuana se concentra en regiones como Piura, Lambayeque, Lima e Ica principalmente y según el Centro de Desarrollo Étnico (CEDET) la población estimada de afrodescendientes en el Perú asciende a 2 millones 500 mil.¹⁷¹

¹⁷¹ http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/7/jer/ind_pueblosafro/CEDET%20afro.JPG El pueblo Afroperuano.

Cuadro 7: Principales Comunidades Afroperuanas

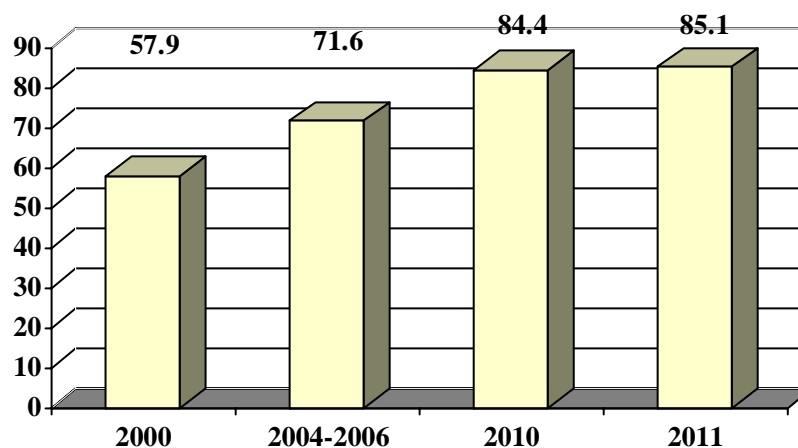
REGION	PROVINCIA	DISTRITO	COMUNIDAD
Piura	Piura	Las Lomas	Las Lomas
	Ayabaca	Suyo	La Tina
	Morropón	San Juan de Bigote	San Juan Bigote
		Morropón	Boca negra y Morropón
		Salitral	La Alberca, Malacasí y Serrán
		Buenos Aires	Buenos Aires, La Pilca y El Ingenio de Buenos Aires
		Chulucanas	Batanes, Yapatera-Cruz Pampa, Talandracas y Chapica.
Lambayeque	Chiclayo	Picsi	Capote
		Zaña	Zaña
Ancash	Santa	Nepeña	Motocachi, San Jacinto y San José
Lima	Huaral	Aucallama	Aucallama
	Cañete	San Luís	San Luís
Lima y Callao	La ciudades de Lima y Callao al igual que otras grandes urbes de la costa, cuentan con una considerable población afrodescendiente dispersa, que en el mejor de los caso se encuentra focalizado en barrios.		
Ica	Chincha	Tambo de Mora	El Cote y Tambo de Mora
		Alto Larán	Alto Larán, Ayoque, La Calera, El Pedregal, El Hornillo, Guamanpali y El Juncal
		Chincha Baja	Cányar, Lurinchincha y Miraflores
		El Carmen	Chamorro, Cañapay, El Carmen, El Guayabo, Guerrero, Hoja Redonda, Huarangal, Las estrellas, Las Huacas, Pinta, Punta de la Isla, Ronceros Alto y Bajo, San Genaro, San José, San Luís, San Rengis, Sarandango, Viña Vieja, Tejada y Tambo Cañete,
	Pisco	Pisco	Pisco
		Independencia	El Palto, Manrique, San José y San Jacinto.
	Ica	La Tinguiña	La Tinguiña
		Parcona	Acomayo y Parcona
		Ica	Santa Rosa de Cachiche.
		San José de Los Molinos	Huamaní, Pampa de la Isla, Ranchería, San José de Los Molinos y Santa Rosa.
	Nazca	Changuillo	Cabildo, Coyungo, Juarez, Changuillo, La Legua, San Javier y San Juan.
		Nazca	Cahuachi
		El Ingenio	El ingenio, Estudiante, San José, San Pablo y La Banda
Arequipa	Caravelí	Acarí	Acarí
Tacna	Tacna	Inclán	Sama Grande
		Sama	Las Yaras y Sama
	Jorge Basadre	Locumba	Locumba

Fuente. MINSA, INS, CENSI y CEDET – 2013

1.3. Parto Vertical con Adecuación Intercultural

La mortalidad materna es un indicador de la situación de inequidad de un país, según el MINSA es de 93 por cada 100 mil nacidos vivos (2012); a través de ella se valora el género, la etnia, el poder social y económico de las mujeres. El Perú se ha propuesto reducirla a través del parto institucional.

Gráfico 1: Parto Institucional en el Perú



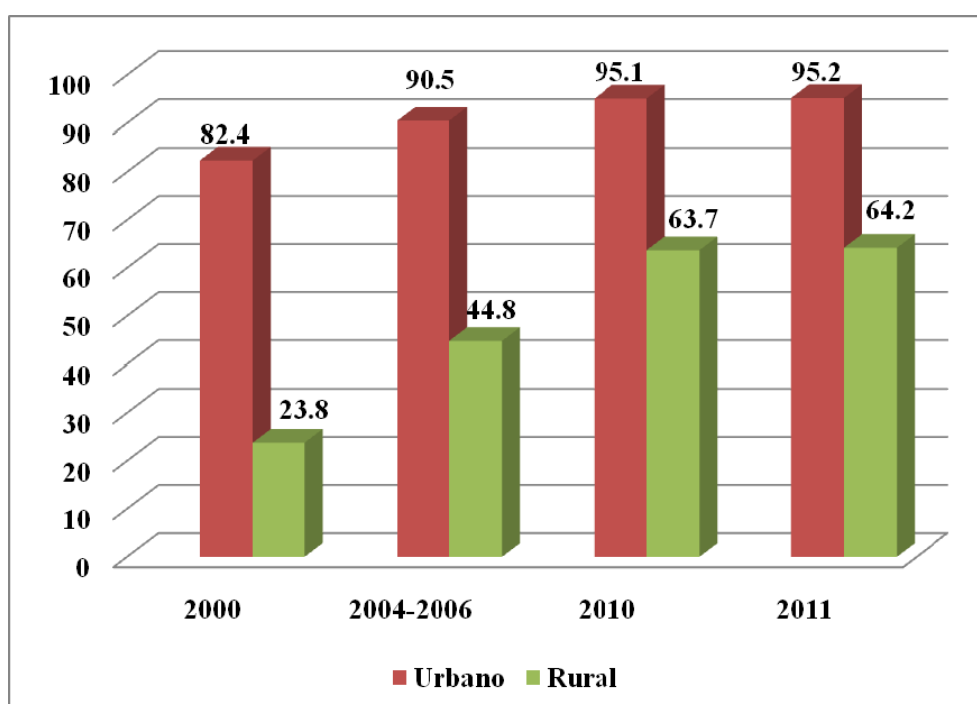
Fuente. INEI - ENDES-2011

El parto institucional es aquel parto atendido dentro del servicio de salud por un personal especializado de salud; en el cual se estima hay menos riesgo tanto para la madre como para el recién nacido.

Según las estadísticas del Encuesta Demográfica de Salud Familiar (ENDES) 2011, el 85,1% de los últimos nacimientos anteriores a la encuesta han sido atendidos en un establecimiento de salud público o privado, de la misma manera, el parto institucional a nivel urbano y rural se incrementó.

Se presenta de manera cronológica las tasas de parto institucional que a partir del 2006 para adelante alcanzan sus mayores valores porcentuales; precisamente ese año el MINSA puso en práctica dos estrategias maternas interculturales, las casas de espera materna y el parto vertical, posteriormente su masificación a nivel nacional coincide con un incremento en la tasa de parto institucional.

Gráfico 2: Parto Institucional en el Perú según Área de Residencia



Fuente. INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-2011

Como puede observarse el incremento del parto institucional ha sido mayor en el área rural que es precisamente donde se localiza la población mayoritariamente pobre e indígena.

Este incremento en el parto institucional se ve reflejado en una disminución de la tasa de mortalidad materna que era de 185 por cada 100 mil nacidos vivos (ENDES-2000) a 93 por cada 100 mil nacidos vivos (ENDES-2011) hoy.¹⁷²

Precisamente, dos estrategias a nivel nacional con adecuación y pertinencia cultural han estado orientadas a la Salud Reproductiva y a la Promoción de la Salud: el parto vertical con adecuación intercultural y las casas de espera materna; ambas estrategias han contribuido con los resultados presentados sobre mortalidad materna y parto institucional.

¹⁷² http://www.minsa.gob.pe/portada/prensa/nota_completa.asp?nota=11835. Mortalidad materna disminuyó en 50% en el país. MINSA, 10 de abril 2013.

Cuadro 8: Parto Vertical Institucional en el Perú según región

DIRECCIONES DE SALUD	2008	2009	2010	2011
TOTAL	22 937	31 819	31 050	32 942
AMAZONAS	1 936	802	1 431	1 792
ANCASH	706	1 394	1 845	1 581
APURÍMAC	688	650	797	667
AREQUIPA	207	664	593	580
AYACUCHO	213	418	316	667
CAJAMARCA	2 212	4 015	3 961	4 012
CALLAO	10	2	1	27
CUSCO	5 873	6 161	5 377	4 940
HUANCAVELICA	637	2 449	2 405	2 041
HUÁNUCO	3 114	2 849	2 375	2 725
ICA	0	0	0	27
JUNÍN	662	912	873	759
LA LIBERTAD	919	2 672	2 902	2 763
LAMBAYEQUE	63	361	108	130
LIMA CIUDAD	0	5	53	128
LIMA ESTE	1	37	187	429
DIRESA LIMA	0	1 517	1 574	1 739
LIMA SUR	297	59	160	481
LORETO	1 466	1 796	1 873	2 310
MADRE DE DIOS	0	19	16	36
MOQUEGUA	61	57	47	44
PASCO	154	141	128	102
PIURA	324	505	454	361
PUNO	3 165	3 572	2 859	3 423
SAN MARTÍN	55	417	339	321
TACNA	34	107	23	27
TUMBES	0	3	47	61
UCAYALI	140	235	333	760

Fuente. MINSA. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva - 2013.

En valores totales existe un incremento apreciable en los 4 años que van del 2008-2011 en el uso del parto vertical, sobre todo en los departamentos de Ancash, Cajamarca, Huancavelica, Arequipa, Ayacucho, Loreto, San Martín, Ucayali y La Libertad. Es decir en 9 de las 25 regiones del Perú y precisamente donde existe una mayor población indígena.

En otros departamentos como Pasco, Puno, Moquegua, Tacna, Amazonas y Apurímac, no se han registrado incrementos apreciables, incluso han disminuido podría indicar una mayor aceptación del parto horizontal o posición obstétrica.

1.4. Casas de Espera Materna

Las casas de espera permiten incrementar el parto institucional en zonas rurales de población mayoritariamente indígena; es más que un simple lugar para dar a luz, aquí se da a la mujer y a su familia (esposo e hijos) acciones de promoción de salud.

Cuadro 9: Casas de Espera Materna en el Perú según región

DISA/DIRESA	N° DE CASAS MATERNAS	N° DE CASAS MATERNAS OPERATIVAS
TOTAL	478	441
Amazonas	2	2
Ancash	13	13
Apurímac I	29	27
Apurímac II	12	12
Arequipa	14	11
Ayacucho	22	22
Cajamarca I	20	17
Chota	3	3
Cutervo	1	1
Jaén	6	3
Cusco	139	136
Huancavelica	45	35
Huánuco	71	62
Ica	0	0
Junín	28	28
La Libertad	3	3
Lambayeque	3	3
Lima Ciudad	0	0
Lima Sur	0	0
Callao	0	0
Lima PROVINCIAS	3	3
Loreto	6	5
Madre de Dios	0	0
Moquegua	1	1
Pasco	5	5
Piura I	5	2
Piura II	1	1
Puno	42	42
San Martín	3	3
Tacna	0	0
Tumbes	0	0
Ucayali	1	1

Fuente: MINSA. DIRECCIÓN GENERAL DE PROMOCION DE LA SALUD – 2013.

Existen un total de 478 casas maternas en el Perú de las cuales están operativas 441 es decir un 92%. Cusco es la región con el mayor número de casas de espera (139 de las cuales están operativas 136) seguido de Huánuco (con 71 y operativas

62), Huancavelica (con 45 y operativas 35), Puno (con 42 todas operativas) y Apurímac (con 41 y operativas 39).

Llama mucho la atención que en Madre de Dios, en donde hay presencia de comunidades nativas, no exista ninguna casa de espera materna. Lo mismo se observa en Ucayali donde solo existe una casa materna, Amazonas con solo 2 y La Libertad y Arequipa con solo 3 cada una.

2. Aspectos Cualitativos

2.1. Parto Vertical con Adecuación Intercultural

La implementación del parto vertical tropieza con una falta de comprensión por parte del estado de la cultura indígena y lo que se obtiene al final es una recreación, una puesta en escena “indigenizada” de ella.

Como lo señala muy bien Lupe Camino, la adecuación intercultural del parto se ha reducido e instrumentado en los establecimientos de atención de salud solo a la posición vertical de la gestante, olvidándose de la presencia fundamental del esposo; precisamente hoy, la presencia del padre ha sido revalorada en el parto convencional y se le permite su presencia, cuando antes era restringida.

como puede ser que den una ley para la atención intercultural del parto y “se coman todo” y lo único que queda es la posición, y que no necesariamente es una innovación si eso se usa en otros países, se da luz así, es una cosa que no se ha estudiado, yo leo los libros que saca el ministerio sobre atención del parto, pero no hay descripción del parto, cuando uno ve la cerámica mochica, ahí está el parto intercultural, han debido referirse a eso, donde se coloca el marido, donde se coloca la partera. (Antropóloga, Lupe Camino)

2.2. Casas de Espera Materna

La ejecución de las casas de espera ha presentado algunas controversias al reproducir las condiciones socio-sanitarias indígenas, como la presencia de animales, el consumo de ciertas plantas (por ejemplo los ashaninkas beben la planta del piri-piri antes del parto) o el uso de un objeto de casa (un trozo de tiesto) para cortar el cordón umbilical; en otros casos, la presencia de la madre de la gestante o de la partera ha sido cuestionada por el MINSA, todo esto apunta a un desconocimiento de la importancia de establecer un diálogo intercultural con la comunidad.

La ubicación de las casas de espera es en las áreas rurales, próximas a un establecimiento de salud, y no se les debe considerar como una extensión de los mismos, sino como el encuentro de dos saberes a partir de la organización y la participación tanto de la comunidad como del estado, esto significa compartir responsabilidades en su planificación, funcionamiento y sostenibilidad:

la casa de espera tiene que estar en un lugar intermedio entre las comunidades y el centro de salud y hemos encontrado que están al costado del centro de salud [...] a nivel de medidas se ha dicho como está conformado, quienes lo presiden, quienes la dirigen cómo se participa al gobierno local; pero no se le ha dado fondos desde el inicio para arrancar, entonces algunas están funcionando y otras no; otras están porque es el MINSA quien está gestionando con el gobierno local para implementar esto, a veces las casas de espera están ahí, pero son las madres quienes están llevando sus alimentos al lugar y están cocinando, no ha sido funcional en eso, muchas de ellas lo que están haciendo es ir a la casa de un pariente cercano y ahí están esperando hasta que la puedan referir al centro de atención o al hospital para que la puedan intervenir [...] la partera no está autorizada para entrar a la casa de espera ni para atender ni para ver a la gestante [...] es utilizada más como un puente de enlace hacia la casa de espera [es] una forma de como el estado concibe la interculturalidad, estoy adecuando un servicio para ti pero lo más

*importante de tu cultura, tu partera, lo rechazo completamente...
(Antropóloga, María Ponce, Chirapaq.)*

4.3. Política Social de Salud

El estado peruano, a partir de la década de los treinta, empieza a tomar el timón de las políticas sociales por presión de la clase obrera. Estas políticas respondían a un modelo paternalista, asistencial y clientelista que alcanzó su mayor intensidad durante el gobierno del General Juan Velasco Alvarado (1968-1975) donde las coberturas se incrementaron y los servicios de salud se masificaron notablemente.

La aplicación del modelo social cepalino en el Perú, durante la década de los sesenta y setenta, significó una superación del modelo intervencionista pragmático, propio de la república aristocrática. La salud al ser considerada un derecho público significó el fin del predominio de las profesiones liberales y el profesional de salud pasó a ser un asalariado.¹⁷³

La implementación del INMETRA, a inicios de los noventa, fue el primer intento del estado peruano por incorporar la medicina tradicional a la medicina oficial, pero bajo la visión occidentalizada de la salud, la cual respondía a la lógica del medicamento y la visión biologista de la práctica médica:

El INMETRA le da mucho énfasis al tema de las plantas, su aplicación con los preparados, los jardines, publicaciones; pero el tema en sí del proceso de interculturalidad [se enfoca como] la articulación de los servicios a través de esta visión: en vez del medicamento la planta. Y en realidad no se estaba cambiando nada, pues la visión biomédica es enfermedad y tratamiento a través de pastillas, y como no quedan pastillas le damos la planta. (Médico. Neptalí Cueva Maza, ex Director del CENSI.)

¹⁷³ Arroyo, J. *Salud: La Reforma Silenciosa. Políticas sociales y de salud en el Perú de los 90*. UPCH, Lima-Perú, 2000, pp. 193-5.

Una experiencia muy interesante y ejemplificadora sobre la incorporación política de otros modelos de salud distintos al oficial en las políticas sanitarias, ocurrió durante la gestión del Dr. Palmiro Ocampo en el INMETRA.

...yo participo en el Taller Nacional de Presentación de las Propuestas Programáticas de la Gestión Gubernamental de Salud, de Mayo del 2002, en este evento yo formo parte de un grupo y como grupo planteo a todos los asistentes a nivel nacional que se incorpore si no recuerdo mal la política número once de los lineamientos de política de salud, una Política Nacional de Medicina Tradicional y Complementaria para el país, pero a la hora de salir las conclusiones el ministro de salud no lo incorpora, yo me acerqué al Vice ministro, no recuerdo quien era, como una queja, y le dije si esto se ha aprobado por qué no se ha incorporado a los documentos escritos, yo pienso que eso fue una actitud de falta de respeto a esa reunión y a ese grupo de trabajo... (Médico en Terapias Alternativas, Palmiro Ocampo UNMSM, EsSalud, Ex director del INMETRA.)

El *establishment* (es decir la distribución de poderes en las clases sociales) se reproduce y se sostiene en la lógica de sus políticas públicas neutralizando, venga de donde venga, cualquier intento de “movilidad social” que pueda alterar esta distribución de poderes y corregir todo lo que sea necesario para poder restablecer y mantener el *establishment*.

Yo intenté hacer eso; abrí la puerta a los curanderos y comencé a generar una suerte así, no de permiso, no de título para hacer medicina, sino era el reconocimiento de la comunidad que pudiera tener alguna participación en el reconocimiento ya del MINSa lo que se llamó los facilitadores de salud intercultural, eran curanderos reconocidos por su comunidad [...] Yo tuve que dejar la responsabilidad del INMETRA y algunas cosas pienso que como estas no fueron bien entendidas, escuché que se me decía que yo intentaba darles títulos a los curanderos lo que no era así, eso entre otras cosas me obligó a dejar mi responsabilidad. (Médico en Terapias Alternativas, Palmiro Ocampo UNMSM, EsSalud, Ex director del INMETRA.)

...el Director de Promoción de la Salud estaba observando varias cosas porque consideraba el hecho de que una partera atendiera en una casa materna era un retroceso... (Antropóloga María Ponce, Chirapaq.)

Durante la década de los noventa, el estado peruano abandona el colapso del modelo populista, estatal e intervencionista y establece una economía de libre mercado. En el sector salud se aplica un modelo que obedecía más a una salud pública pragmática desvinculada de las ciencias sociales, en donde primó una lógica tecno-económica que buscaba la racionalización de los recursos maximizando la calidad de la inversión social.¹⁷⁴

Sin embargo, las características del modelo biologista se mantuvieron, incluso se reforzaron en la praxis de la política de salud, como el enfoque de las acciones sanitarias a la enfermedad más que a la salud, el uso de tecnología de punta, el expendio de fármacos y el cumplimiento de las metas para disminuir las tasas de morbilidad, especialmente la materno infantil.

Y los recursos humanos en formación obedecen a esa lógica, profesionales de la salud especializados para actuar técnicamente, cumplir los protocolos, recetar medicamentos, explicarle a uno como debe tomarlos y para medir su producción y el impacto de su atención en tasas de morbilidad.

La atención de la salud medida en estos parámetros está completamente enfocada a la enfermedad y no a la salud, como resultado, el paciente se cosifica en un pulmón, un hígado, una pierna fracturada, etc.; saben atender pero no saben tratar personas, no hay calidez, ni calidad humana.

El año pasado yo tuve un accidente y casi pierdo esta pierna, tengo toda la pierna reconstruida, y el médico de emergencia fue bastante amable pero cuando hablaba con su colega hablaba como si yo no existiera, entonces tuve

¹⁷⁴ Arroyo, J. *Equidad y eficiencia en la prestación y financiamiento del sector público en salud en el Perú de los noventa. Balance y posibilidades para las políticas de salud*. Tesis Doctoral, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú, 2005, pp. 25-7.

que decirle cuando hable de mí tiene que incluirme porque yo soy parte del problema [...] si Ud. está hablando de mí con su colega tiene que incluirme si yo voy a llevar el tratamiento. (Antropóloga, Lupe Camino.)

La MC ha recorrido un camino muy singular en las políticas de salud del Perú, amparada en su reconocimiento internacional, con base científicamente validadas por la OMS y OPS, como la homeopatía, la acupuntura, la medicina natural, las plantas medicinales y la terapia neural.

En 1998, la implementación de un programa de medicina en el Seguro Social (EsSalud) y en los hospitales del MINSA no fue del todo bien recibida por el MMH, hubo una resistencia “natural” y marcada por el personal de salud. Inclusive hoy, la práctica de este modelo médico en el Seguro Social a través de los CAMEC es criticada por el mismo CENSI:

[EsSalud] practican el uso de nuestra planta, es verdad, pero lo practican como herbolaria, usan la planta tal para tal cosa, ellos si están haciendo desde una perspectiva aún escasa lo que nosotros, y nadie cree tener lo correcto, la asimilación; es decir, no están fomentando la cultura andina, están sacando lo que pueden de ella para utilizarla en beneficio del paciente en tratamientos hospitalarios, no hay ni un solo chamán que atienda en el seguro social, no hay una sola partera tradicional, no hay, lo que hay es el saber para qué sirve esta y esta otra planta, que es china o africana o cualquier otra, es muy distinto. (Médico, Oswaldo Salaverry, actual Director del CENSI).

Desde 1995, las grandes transnacionales de la industria farmacéutica ya habían dado un viraje hacia la MC, hoy casi todos ellos tienen una línea de productos naturales patentados e introducen sus medicamentos (galénicos, fitofarmacia, biofarmacia, etc.) en los hospitales. Y además de ser una industria redituable también es sustentable pues existe una gran mayoría de plantas medicinales en la Amazonía y en los Andes, cuyas propiedades químicas faltan por investigar y clasificar.

En la actualidad, las llamadas otras medicinas solo tienen un reconocimiento jurídico internacional y su reglamentación en el Perú se encuentra en proceso de construcción; precisamente, a través de la RM 207-2011 se constituyó la Comisión sectorial de Medicina Alternativa y Complementaria con el propósito de proponer un marco normativo para la adecuación y articulación de estos modelos médicos al Sistema Nacional de Salud; además de normar el sector privado que como lo califica el Dr. Javier Lauro de EsSalud es “un desorden, una tierra de nadie.”

Con respecto, al espacio laboral de los antropólogos y en general el de los científicos sociales en el MINSA es todavía muy limitado, a pesar de que la alta dirección del ministerio reconoce la importancia de los factores socioculturales en el proceso salud-enfermedad en la práctica no es lo mismo.

El mercado laboral para un antropólogo en el sector salud resulta poco atractivo económicamente si se le compara con el sector de las empresas extractivas, el tema medioambiental, el de conflictos sociales o incluso en el mismo MINCUL donde un científico social percibirá un mejor estipendio.

La labor de un antropólogo en el sector salud muchas veces no es comprendida ni valorada por los mismos profesionales de salud, nuevamente el enfoque biológico que se corresponde con el de la política sanitaria basada en la enfermedad, medida cuantitativamente por una serie de indicadores (tasas, prevalencias, índice, etc.) se contrasta con los aportes teóricos y metodológicos de las ciencias de la salud.

...el conocimiento que puedas alcanzar [un científico social] puede ser interesante pero no es totalmente útil, y el otro gran problema es el de la validez de los argumentos, si puede ser muy útil pero al toque te lo pueden bajar, te lo pueden cuestionar, no es tan sólido el conocimiento generado por un científico social, hay dos prejuicios, el investigador social es un cualitativo y es poco sólido metodológicamente hablando [...] y muchos de ellos [profesionales de salud] también siento que han tenido malas experiencias porque quizás no han trabajado con los científicos sociales más adecuados (Antropólogo, Julio Portocarrero, CENSI.)

Una característica del sistema biomédico en las políticas de salud es obtener resultados inmediatos o a corto plazo con impactos sostenidos; en cambio, los que puede ofrecer las ciencias sociales son a largo plazo, pues busca transformaciones a nivel cualitativo, lo que compromete su sostenibilidad.

Hay pocos estudios nacionales que desarrollen el tema de la antropología de la salud, la mayoría de las especializaciones en este campo se realizan en el extranjero; y si bien se necesita la incorporación de científicos sociales en el MINSA, la alta dirección no lo considera una prioridad.

Cuando la interculturalidad en las políticas de salud se aborda desde el enfoque de los derechos humanos, surge la lógica discriminativa en la planificación de las políticas sanitarias desde el estado peruano:

... el caso del aseguramiento universal en salud es el caso más flagrante en la cuestión de no mirar desde una perspectiva con interculturalidad porque el propio plan esencial del aseguramiento en salud (PEAS) que es el instrumento principal en gestión de las políticas en términos del acceso a las atenciones, coloca solamente todas las enfermedades que están presentes en el CIE-X y las terapias correspondientes que están planteadas en el CIE-X, [...] y no está incorporado la medicina tradicional. Entonces por lo tanto desde esa perspectiva la política de salud deja de lado y desfinanciado casi todo el componente de medicina tradicional. (Abogado, Mario Ríos Barrientos, UPCH y Ex Coordinador Nacional del Foro Salud.)

Existe una falta de voluntad política para solucionar los problemas de la salud indígena, la interculturalidad en las políticas sanitarias del Perú parece obedecer más a una “discreta imposición” internacional, a una lógica de inclusión sin inclusión, se folkloriza la cultura del otro y al final la interculturalidad se vuelve un adorno.

...hay una falta de prioridad por parte del estado para atender la salud en general y la salud de las comunidades nativas [...] el caso de la hepatitis y uno encuentra que no hay una respuesta frente a eso; estas comunidades siguen en

condición endémica frente a esta epidemia y no hay una mayor respuesta a pesar de que hay una serie de instrumentos ya probados existe un protocolo para la hepatitis, una serie de instrumentos, incluso un plan nacional de prevención, control y tratamiento de la hepatitis y uno encuentra que eso no se ha trasladado en acciones concretas [...] hay un tema de responsabilidad política. (Abogado, Mario Ríos Barrientos, UPCH y Ex Coordinador Nacional del Foro Salud.)

...hemos elaborado un proyecto que aún está sin financiamiento para poder abordar éticamente el trabajo con los amazónicos y prevenir la hepatitis B y abordarla de manera correcta para evitar la muerte porque a largo plazo varias poblaciones se están extinguiendo por la hepatitis B. (Médico Gloria Lagos, Organismo Andino de Salud.)

El profesional de salud, formado técnica y procesalmente para abordar los problemas de salud individuales y colectivos, egresa con un gran desconocimiento de la realidad sociosanitaria del Perú.

...[en] los informes de Sesigra, [ahora es el SERUMS] todos los chicos dicen: llegue y no sabía que hablaban quechua, llegue y no sabía que no había agua, entonces uno se da cuenta que de las universidades egresan personas que no saben lo que es la realidad. (Antropóloga, Lupe Camino.)

La formación es quizás el mayor obstáculo para los profesionales. La formación biomédica, hospitalaria de alta tecnología, con uso de tecnología de punta, que cuanto más la utilizamos nos sentimos “más profesionales”. (Médico, Neptali Cueva, ex director del CENSI)

En síntesis, las políticas de salud en el Perú, han ido del desamparo social (Modelo de Beneficencia), de inicios del siglo XX, a un modelo populista de seguridad social (1963-1975) que entró en crisis para llegar al actual modelo de libre mercado, en donde las políticas con adecuación cultural son discursos incorporados que en su praxis no provocan cambio o su resultado es pobrísimo.

Sobre la base de estos resultados, comprobamos nuestra hipótesis: “El modelo de planificación de la PSI corresponde al modelo social tradicional o institucional, en donde el Estado lleva a cabo la totalidad de las funciones, actuando como financiador, implementador, diseñador y evaluador de la misma.”

4.4. Interculturalidad en Salud

4.4.1. Avances

Fue a finales de la década de los noventa, cuando el debate de las ciencias sociales y el diseño de políticas públicas giraron en torno a la posibilidad de construir sistemas políticos de gobierno vertebrados en el respeto de los derechos culturales y el reconocimiento de la DC.

A partir de ahí se empezó a caminar por un terreno nuevo que fue confundido por tolerancia y, todavía, gran parte de su práctica lo sigue siendo; pero lo interesante fue su *aplicación* precisamente en la oferta más distal de los servicios públicos de salud, en la atención de las comunidades indígenas.

El tema de interculturalidad desde el punto de vista de la aplicación práctica [...] es una especie de valoración de la salud mestiza donde es el encuentro de dos saberes, dos saberes pares, dos maneras de entender la misma palabra de diferente modo es un compartir conocimientos. [...] ahí hay un tema de confianza, tu confías en mí yo confío en ti, los dos tomamos riesgos, la gran apuesta es el bienestar, ese es un poco la práctica de esto. (Médico, Danilo Fernández Borjas. Ex Coordinador del MINSA. Programa Derechos en Salud de CARE PERÚ.)

Los avances en la PSI no son muy alentadores, han quedado estancados en la normatividad, a pesar que el tema recibió un gran impulso en la gestión de la Ministra Pilar Mazzetti (2004-2006), y estuvo en la agenda nacional e internacional.

Existen en el Perú iniciativas interculturales valiosas, que cuentan con una verdadera participación de las comunidades indígenas pero que responden más a iniciativas individuales o a voluntades políticas locales que a las directivas de una gestión de la PSI.

Estas iniciativas no son sustentables pues dependen de la presencia de ciertas personas que tarde o temprano serán absorbidas por la movilidad laboral, pero lo más lamentablemente es que, en su gran mayoría, las experiencias no están debidamente documentadas, perdiéndose así valiosísima información.

Se consideran como avances la adecuación cultural del parto (parto vertical) y las casas de espera materna; pero existe una fuerte crítica contra ellos:

El parto vertical ha estancado la comprensión de la interculturalidad. [...] Contraproducente en el sentido de entender qué es la interculturalidad en salud, pero que ha sido beneficioso porque ha logrado captar más gente eso es indudable. [...] y sobre las casas de espera yo tengo mis temores... (Médico, Neptalí Cueva Maza. Ex Director del CENSI.)

Para mí las casas de espera son una desgracia [...] lo que pasa es que la casa de espera significa económicamente un plus [...] como puede ser que den una ley para la atención intercultural del parto y se “coman” todo y lo único que queda es la posición, y que no necesariamente es una innovación si eso se usa en otros países [...] han debido referirse a eso, donde se coloca el marido, donde se coloca la partera. (Antropóloga, Lupe Camino.)

...las casas maternas, están en un proceso de transferirle a los gobiernos locales para que ellas los mantengan y cuál ha sido la evaluación, la evaluación es que las mujeres no lo consideran como parte de su derecho civil

de esperar en una casa materna para ser atendida, esa visión de apropiación de una alternativa del estado como derecho no está... (Antropóloga, Esperanza Reyes. Profesora de la UPCH).

...yo puedo hacer parto vertical y después defecarme en la culturas de la persona en su situación de salud y todos lo demás; un aspecto suelto o dos aspectos sueltos parto vertical y casas de espera, casi lo único que se ha avanzado, no es nada si no forma parte de un sistema de atención intercultural o de atención de salud indígena... (Antropólogo, Julio Portocarrero, CENSI.)

Ambas posiciones son totalmente críticas pero contrastan con la visión práctica influenciada por el modelo biologista de las ciencias de la salud:

[Sobre lo efectivo que ha sido el parto vertical y las casas de espera] es un buen camino. Yo construyo mi teoría a partir de esta experiencia no al revés. La cosa parte por superar un problema de salud pública, no parte por superar un problema de identidad que tenemos en el Perú, sino un tema de salud pública ¿cuál es?: Mortalidad de las mamás, mortalidad de los recién nacidos. (Médico, Mario Tavera, UNICEF.)

AIDSESEP, a través de una ONG danesa, ha formado una promoción de enfermeros técnicos interculturales en Atalaya, con resultados bastante prometedores que ameritan un estudio sobre esta experiencia.

Debemos precisar que AIDSESEP en un primer momento quiso trabajar este proyecto con el Estado peruano; sin embargo, esto no se pudo concretar por las continuas demoras de parte del MINSA que llegaron a los dos años de espera, se perdió así una oportunidad de poder contar con una experiencia que a futuro podría convertirse en una política de estado.

...estuve esperando casi dos años y no había salido el proyecto, finalmente nosotros decidimos ya no continuar con el MINSA sino con los fondos aprobados de la cooperación [...] y así fue, la experiencia fue exitosa y en la

actualidad tenemos veinte chicos.(Enfermero, Juan Reátegui Silva, Director del Programa de Salud Indígena de AIDSESP.)

...estamos formando jóvenes indígenas en lo que se llama el enfoque de salud intercultural, combinando los conocimientos y las tecnologías indígenas con los conocimientos y las tecnologías occidentales; acabamos de terminar la primera promoción de veinte jóvenes shipibos, ashaninkas, etc. en Atalaya, [...] los maestros ayahuasqueros, tabaqueros, los sobadores, las vaporadoras, los parteros, todos los especialistas indígenas, enseñan en estos tecnológicos. (Educador, Alfredo Rodríguez, ex asesor de AIDSESP.)

Un avance que tiene una cierta relación con la interculturalidad en la salud es el auge de la MT y que ha permitido una apertura por parte de los profesionales de Salud ha considerar otras formas de curar. Esta propuesta fue operacionalizada a través del INMETRA, institución que precedió al CENSI, y ejecutada con cierto éxito por el Seguro Social EsSalud, a través de los CAMEC, 3 en Lima y 11 a nivel nacional.

La vinculación de la MT con el CENSI es la herencia del INMETRA que responde al modelo biologista de la salud; es decir, en vez de dar pastillas doy plantas, que no cambia nada y mantiene el mismo sistema asistencialista, no preventivo y enfocado en la enfermedad:

Ese cambio de visión a una política de salud intercultural es lo que al final no tiene sustrato que le permita posicionarse al CENSI para poder decir que aquí no debería estar, porque el INS es un centro de investigación biomédica donde se investigan vacunas, se utilizan microscopios para análisis de enfermedades virales, se trabajan temas de genética...todo lo que es biotecnología. Y ante eso nuestra labor desenchaja, porque nosotros tenemos que ver e investigar la parte cualitativa. (Médico, Neptalí Cueva Maza, ex Director del CENSI.)

Sobre la base de estos resultados damos por comprobada nuestra hipótesis de estudio: “Los avances de la PSI son el corpus legal de normas promulgadas por el

Estado peruano que reconocen la pluralidad de una atención de salud culturalmente diferenciada dirigida a la población indígena; así como algunas experiencias focalizadas y no sustentables del personal de salud.”

4.4.2. Desafíos

El principal desafío que tiene que superar la PSI es la formación académica, universitaria de los profesionales de salud; esta condición, debe ser seriamente considerada cuando se implementa el enfoque intercultural, para así evitar o contrarrestar la resistencia y la ofensiva de los sanitaristas:

La resistencia yo la observo natural, porque el médico convencional ignora lo que es la medicina complementaria y por otra parte porque reacciona de acuerdo a su paradigma y el paradigma cartesiano es hegemónico, es excluyente por naturaleza, ellos consideran que más allá de lo que ellos son no existe nada; entonces bajo esos dos criterios es natural que haya resistencia... (Médico Naturista, Javier Lauro, EsSalud.)

...yo he sido tan deformado que soy el rey de la Creación y los otros son los monos de la creación, culturalmente esa es la teoría médica, nunca vas a saber más que yo. (Antropóloga, Lupe Camino, Directora Académica del Primer Diplomado en Salud Intercultural)

Lupe Camino señala como causas también el miedo al cambio de paradigma y a un problema de mentalidad en el Perú “mentalidad de invasores” pues ante las comunidades indígenas queremos cambiar todo, su manera de vestir, de hablar, en síntesis, hasta de pensar.

Para Danilo Fernández de CARE el problema es el Estado mismo, el MINSA no está a la altura de las circunstancias, es decir la cartera de salud le queda grande y,

además, falta trabajo intersectorial para desarrollar la interculturalidad de manera transversal.

Otro desafío es la falta de organización de las comunidades indígenas que son “el otro lado” del puente intercultural. Además, el tema de cómo nos relacionamos entre diferentes culturas no está posicionado, no existe en la agenda de gobierno:

...cuando hablamos de interculturalidad estamos hablando finalmente de una negociación entre culturas y para eso hay que tener capacidad de negociación, lo que ha pasado en el Perú es lo que se ha hecho de interculturalidad es fundamentalmente desde la cultura occidental porque la interlocución del otro lado del puente que establece la interculturalidad es débil. (Médico, Mario Tavera, UNICEF.)

La falta de organización se observa, sobre todo, en los curanderos tradicionales tanto de la sierra y la selva del Perú; como consecuencia, el proceso intercultural no va a la par de una negociación, y menos de un diálogo, donde no hay una contraparte que exija al Estado el cumplimiento de los acuerdos o de los programas:

... por eso un poco me sorprendía [...] los ayahuasqueros no quieren saber nada de los sanpedreros y viceversa hay una oposición entre ellos en los tiempos modernos, antes había estos viajes de los maestros que iban a la selva o los de la selva a las huaringas, ahora hay una suerte de rivalidad [...] alguna vez intentaron reunirse y formar una agrupación en la Cruz de Motupe pero no prospero y otro intento fue en la selva pero tampoco. (Médico, Mérida Aliaga Santa María, UNMSM, Foro Salud.)

Un dato interesante es el que nos señala el educador Alfredo Rodríguez, la imposibilidad de conciliar los derechos comunales con los derechos individuales; sin embargo, consideramos que no son necesariamente excluyentes los unos con los otros y es posible llegar a situaciones equidistantes, precisamente la interculturalidad bien enfocada por ambas partes puede contribuir a esta reconciliación.

A mí me parece que hay que tener una posición, no voy a decir oportunista, pero si me parece una equivocación tratarlo de manera maniquea, como dos cosas totalmente separadas, creo que hay que hacer un análisis, de que quiere la gente, dónde está, que quiere exigir, y trabajar con esas energías, son derechos individuales o derechos colectivos... (Antropóloga, María Elena Planas, UPCH.)

Otro obstáculo en esa línea es el de superar el prestigio de una cultura sobre otra, Jeanine Anderson Roos, antropóloga estadounidense tiene una clara visión sobre este punto:

... acá en el Perú lo que siempre me resultó chocante es la discriminación y el hecho del país de no reconocerse como un universo y sin embargo tener estos muchos problemas de desigualdades bien fuertes, los aymaras a veces discriminan a los quechuas, los quechuas discriminan a los amazónicos, un grupo amazónico se considera superior o inferior más o menos que los colonos o que otros transamazónicos. (Antropóloga, Jeanine Anderson Roos, PUCP.)

Se observa también una falta de priorización de la PSI en el Perú. No está presente en la agenda política; lo que lleva a cuestionar no solo su eficiencia, sino su existencia como política pública:

...yo tengo la sensación de que parte de muchos actores a nivel de decisiones de política tienen más el discurso de la interculturalidad que una comprensión de los problemas de las otras culturas y de las otras miradas que hay sobre los temas de salud y de otras simbologías, yo creo que es más una pose frente al tema que un hecho concreto de modificación sustantiva. [...] el estado que tenemos rápidamente capta el discurso nuestro lo incorpora oficialmente y luego no lo desarrolla... (Abogado, Mario Ríos Barrientos, UPCH y Ex Coordinador Nacional del Foro Salud).

...yo cuestionaría la pregunta que tú estás planteando ¿existe una política de salud intercultural? (Antropólogo, Julio Portocarrero, CENSI)

Sobre la base de estos resultados damos por comprobada nuestra hipótesis de estudio: “El modelo de salud biologista hegemónico y el centralismo de las decisiones políticas son los principales desafíos a superar en el desarrollo de la PSI.”

4.4.3. Oportunidades

Finalmente, entre las oportunidades que la PSI puede aprovechar, existe el consenso que es la descentralización la manera más inmediata de poder desarrollar la interculturalidad; es decir, el empoderamiento de los gobiernos locales; sin embargo, para Germán Perdomo es necesaria antes una buena dosis de ciudadanía:

...yo no estoy seguro que los peruanos estén preparados para vivir en un mundo descentralizado... [...] Porque no se ha hecho nada para ajustarlos al nuevo mundo de la descentralización, en el mundo de la descentralización el ciudadano debe estar ligado al gobernante regional o local y el gobernante regional o local debe rendirle cuentas al ciudadano regional o de la localidad, esa relación hay que cultivarla hay que crearla y yo no creo que este todavía muy desarrollada, mi sensación es que el peruano ve al gobernante como algo ajeno... (Médico Cirujano, Germán Perdomo Córdoba, OPS/OMS.)

La voluntad política también es una oportunidad. Qué dirigentes son los que serán elegidos y cuáles son sus propuestas, qué tanto es posible negociar con ellos durante las elecciones y en el poder. Existe también una presión internacional que desde la década de los noventa del siglo pasado ha venido dando una serie de recomendaciones y dispositivos vinculantes que el Estado no puede desoír.

...tú tienes varias oportunidades, están dadas básicamente por todas las intervenciones que toman contacto con la población indígena y que requerirían un proceso de modelamiento, por ejemplo estos programas que llegan hasta abajo, tipo CRECER, JUNTOS, de atención integral o las Brigadas Itinerantes[hoy AISPED] pero también tenía que investigar cuánto

cuesta atender a la gente, porque le da la plata el Estado MINSA, regiones y el MEF (Ministerio de Economía y Finanzas) y el MEF te va a preguntar, tanto me hablas de los pobres, tanto me hablas de que estos son diferentes, y la pregunta terrenal es y ¿cuánto cuesta?, entonces eso es darle viabilidad al asunto, porque ahí el tema era lógicamente cuánto costaría un modelo de salud intercultural itinerante [...] tienes que hacer una investigación-acción para que institucionalices los saberes de las dos partes, esa sería para mí la práctica y esa sería para mí la verdadera transversalización. (Médico, Danilo Fernández Borjas, ex Coordinador del MINSA. Responsable del Programa Derechos en Salud de CARE PERÚ.

El Organismo Andino de Salud, después de una evaluación en la formación del pregrado de las ciencias de la salud en las diferentes universidades de los países andinos (Perú, Ecuador, Colombia, Venezuela, Chile y Bolivia) ha propuesto, a nivel de todas las asambleas de rectores, incluir formación en salud intercultural.

Una oportunidad interesante es el agotamiento del modelo biologista, es decir, la medicina con antibióticos y calmantes; la cual, persiste en nuestro sistema de salud parece haber llegado a un límite:

...en mi opinión uno es que la medicina convencional llegó a un techo no tiene una solución clara para los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles y para algunas patologías no sabe tampoco como abordarlas. (Médico Naturista, Martha Villar López, EsSalud.)

Exacto [la medicina oficial ha llegado]a un límite, entonces en respuesta a esto surgen nuevas medicinas, no de ahorita sino desde hace años, siglos, la medicina académica tiene 400 años, las medicinas alternativas dentro de ellas la medicina china tiene muchos más no sé cuantos años, entonces no es que ahorita existía y quiere desplazar a las medicinas convencionales, no, sino que la misma población ha demostrando y está demostrando que ya la medicina convencional no cubre todas sus necesidades y además es muy costosa y por lo tanto recurre a las alternativas. (Médico, Alejandrino Marcial Ferro Rodríguez, ex Director de Medicina Alternativa y Complementaria CENSI.)

Una oportunidad es la presión internacional que ha conseguido posicionar, en alguna medida, el tema de la interculturalidad en los sectores del gobierno, alentado por una cuota de financiamiento para la ejecución de políticas y programas

El antropólogo y profesor español de la Universidad de Roviria i Virgili (Tarragona) Josep Cormelles señala: “el gobierno federal norteamericano anuncia que no financiará instituciones hospitalarias que no se acrediten como “culturalmente competentes”, y en Europa las migraciones extra-comunitarias y la presencia de la DC en el Estado del bienestar plantean contradicciones aparentemente irresolubles en su cartera de servicios.”¹⁷⁵

Es decir, hay todo un marco internacional que favorece el desarrollo del tema de la interculturalidad, pero en su aplicación es más un adorno o lo que popularmente se conoce como “un saludo a la bandera”.

El Dr. Carlos Eduardo Aramburú señala una interesante propuesta de articulación de la medicina oficial con la tradicional a nivel de la prevención:

...una estrategia de articulación es una propuesta la estoy trabajando todavía a nivel todavía teórico y preliminar es que el componente de salud preventivo promocional debería basarse en los recursos de salud tradicional y el conocimiento tradicional porque tiene que ver con dieta, con higiene, con creencias sobre el embarazo y parto, con todo aquello que es salud preventiva, con cuidado del niño, etc. La salud curativa el eje central pero no exclusivo tiene que ser el de la medicina moderna u occidental, lo que se tiene que conseguir es un matrimonio entre una salud preventiva basada en la comunidad, y basada en el conocimiento de la salud ancestral y una salud curativa basada en el modelo occidental hospitalario y todo. (Antropólogo, Carlos Eduardo Aramburú, PUCP, UPCH.)

¹⁷⁵ Cormelles J. El regreso de las culturas. Diversidad y práctica médica en el S. XXI. En Fernández G. Salud e Interculturalidad en América latina. Perspectivas antropológicas. Ediciones Abya-Yala, Quito, Ecuador, 2004.

Una oportunidad es enfocar la interculturalidad desde una perspectiva de derechos humanos que complemente la visión antropológica, solo a través del ejercicio ciudadano la interculturalidad como actitud autónoma y soberana del individuo puede empezar a construirse en la sociedad peruana.

Es necesario también articular al tema de interculturalidad con un fenómeno histórico y estructural de la sociedad peruana: el racismo.

Cuando yo veo racismo yo siento que es miedo. Es pánico un pánico genético, porque cuando uno ve una mujer blanca con un hombre de raza negra o mestizo de pareja es un escándalo, pero si es al revés no. Por qué, porque la genética no se ve, porque en el vientre de la mujer se va a desarrollar el producto de este mestizaje aterrador, porque es la aceptación, el problema es la aceptación, que “yo” acepte, es muy difícil. (Antropóloga, Lupe Camino.)

Para mi interculturalidad tiene que articularse con el tema de racismo y discriminación, ese es el tema, sino no funciona, son de la mano, no pueden estar trabajados de manera desarticulada [...] y derechos, y el tema de ciudadanía (Antropóloga, María Elena Planas, UPCH)

Durante el 2010, el CENSI ha continuado la construcción de la PSI, a través de una metodología que contempló tres tipos de reuniones: la primera multisectorial, la segunda macroregional y la tercera interinstitucional.

El 06 de mayo de ese año, se realizó la primera reunión de coordinación multisectorial con el propósito de recoger información desde los sectores del Estado sobre lo que vienen realizando vinculado directa o indirectamente con la temática de salud de los pueblos indígenas.

El 22 de junio de ese año, se realizó la reunión macroregional con la participación de las Direcciones Regionales de Salud y Educación, las universidades de Junín Ayacucho y Huancavelica, las diferentes organizaciones indígenas: Centro Amazónico de Antropología y Aplicación Práctica (CAAAP), CARE, etc.; y la Defensoría del Pueblo.

Finalmente el 30 de setiembre se convocó a las universidades (UPCH, PUCP, UNMSM, etc.), colegios profesionales (Enfermería, Antropólogos, Obstetrices, etc.), sociedades peruanas (Gineco Obstetricia, Minería y Petróleo, etc.) organizaciones indígenas y el Sector Salud así como instituciones del Estado como INDECOPI y los miembros del Comité Técnico Permanente y Consultivo de la Estrategia Sanitaria Nacional Salud de los Pueblos Indígenas

Como estaba en preparación la Ley de Consulta Previa, el CENSI optó prudentemente en esperar que se promulgara junto con su reglamento para posteriormente realizar la consulta de la Norma Técnica de la Política Sectorial de Salud Intercultural preparada en consenso con todas estas instituciones, lo que se espera realizar durante el transcurso del 2013.

Sobre la base de estos resultados damos por comprobada nuestra hipótesis de estudio: “En la actual coyuntura política del Perú, la descentralización es la principal oportunidad que se puede aprovechar para la construcción de esta política intercultural en salud.”

Revisado y analizado cada ítem, en el que hemos desplegado y desarrollado nuestra explicación sobre la aplicación de un enfoque intercultural en la política pública sanitaria del Perú damos por comprobada nuestra Hipótesis General: “La construcción de una política intercultural en la salud es una política impuesta por la población no indígena o de influencia occidental sobre la población indígena; es decir, no nace del diálogo intercultural.”

CONCLUSIONES

- En el sentido estricto de la palabra no existe una PSI en el Perú; lo que ha venido funcionando es una serie de dispositivos legales que ha intentado, con poco éxito, normar un campo de acciones orientadas a articular la medicina oficial con las necesidades de salud de la población indígena tolerando su cosmovisión y su modelo de sanación. Existen también algunas estrategias interculturales: el parto vertical con adecuación intercultural y las casas de espera materna; pero que no pertenecen a la Estrategia de Pueblos Indígenas, sino a la Estrategia de Salud Reproductiva y a la Dirección de Promoción de la Salud respectivamente.
- La interculturalidad en el Perú está presente en las políticas de salud más como un discurso que como un cuerpo teórico organizado, institucionalizado y orientador de la misma (es bastante probable que esta condición se replique en otras políticas sociales interculturales).
- La práctica intercultural en salud o lo que se entiende por ella va del estado (MINSA) hacia los pueblos indígenas quienes, por una falta o limitado ejercicio y organización ciudadano, no llegan a retroalimentar el proceso de la política social; y así, poder concretar una respuesta orientada hacia el enriquecimiento y la construcción de la interculturalidad en el Perú.
- Sobre el modelo de planificación de esta política damos por comprobada nuestra hipótesis: “El modelo de planificación de la PSI corresponde al modelo social tradicional o institucional, en donde el Estado lleva a cabo la totalidad de las funciones, actuando como financiador, implementador, diseñador y evaluador de la misma.” Si bien hemos concluido que no existe, en el sentido estricto de la palabra, una PSI; si existe una construcción política que se realiza precisamente de acuerdo al modelo de planificación institucional. Es cierto también que existe una apertura por parte del MINSA de sentarse y conversar con los representantes de los pueblos indígenas o de la sociedad civil sobre esta política; pero al final es el Estado el que decide.

- Cualquier iniciativa de acercamiento de los trabajadores estatales de salud a las comunidades indígenas, a sus representantes o a sus curadores responde de manera consciente o inconsciente a la estructura de dominio y de control por parte del sistema oficial; es decir, se traduce en la superestructura de la atención de salud nuestra estructura social.
- El discurso oficial de la PSI puede estar muy bien construido en los niveles superiores; sin embargo, se va *degradando* poco a poco cuando se lleva a los niveles periféricos o más distales del servicio; en donde su praxis, responde más a una folklorización de la salud indígena, y la interculturalidad se pierde en la inmediatez del día a día y en la visión técnica y cuantitativa de los programas de salud quedando solo una especie de máscara.
- Sobre el marco legal nacional, comprobamos nuestra hipótesis: “Las normas nacionales promulgadas por el Estado peruano se ajustan al marco jurídico internacional; sin embargo, su aplicación es limitada o sin efecto por el sistema de salud oficial.” Un ejemplo lo tenemos en la Ley de Consulta previa a los pueblos indígenas y originarios, que se aprobó al amparo del Convenio 169 de la OIT; pero al final, el que decide, después de realizada la consulta, es el Estado.
- Las experiencias interculturales del MINSA (casas de espera materna y parto vertical con adecuación intercultural) se fundamentan, generalmente, desde una inmediatez práctica, útil y técnica. Llegando a ser un enfoque no integrador, no articulador, no filosófico, sin pertinencia cultural y sin interculturalidad (en su sentido antropológico y de derechos humanos) que responde a la visión biologista de la salud, sanitaria (coberturas y metas), y a la estructura de nuestra sociedad (racismo y discriminación).
- Basado en la experiencia de la Medicina Complementaria de EsSalud, el estado peruano asimila otros modelos médicos con fines eminentemente prácticos y técnicos, que puede ser clasificado como tolerante en donde la cultura del otro no se reproduce y solo queda la parte visible.

- Las acciones de EsSalud, en el campo de la medicina complementaria, corresponde a lo que se conoce como asimilación, porque no hay un fomento de la cultura indígena ni de ninguna otra. Se extrae de ellas “lo mejor” (la preparación herbolaria o la técnica de la acupuntura) y se utiliza en el tratamiento de la salud de los asegurados.
- Sobre los avances de la PSI damos por comprobada nuestra hipótesis de estudio: “Los avances en la PSI son el corpus legal de normas promulgadas por el Estado peruano que reconocen la pluralidad de una atención de salud culturalmente diferenciada dirigida a la población indígena; así como algunas experiencias focalizadas y no sustentables del personal de salud.” Los avances son bastante limitados porque la PSI no moviliza recursos económicos, y existe también una falta de voluntad política.
- Existen algunas experiencias en salud intercultural que han ofrecido algunos resultados positivos; pero que no son políticas de Estado sino más bien acciones focalizadas que obedecen a la iniciativa del personal de salud o a una voluntad de las autoridades locales u ONG`s nacionales (AIDSESEP) y organismos internacionales (UNICEF) que, en muchos casos, no llegan a institucionalizarse; pero, cuando se institucionalizan, ingresa generalmente a lo que se conoce como “la lógica del Estado” (falta de personal calificado, servicios de baja calidad, menor presupuesto, etc.).
- Con respecto a los desafíos, comprobamos nuestra hipótesis de estudio: “El modelo de salud biologista hegemónico y el centralismo de las decisiones políticas son los principales desafíos a superar en el desarrollo de la PSI.” Estos desafíos trascienden el campo de la salud hacia otros sectores sociales, comprometiendo la estructura misma de nuestra sociedad expresada en nuestra visión del mundo. El Estado consciente de esta realidad ha considerado la transversalización del enfoque intercultural.
- El MINSA, como ente rector de la política sanitaria, sigue presentando serias deficiencias al crear instituciones en donde las funciones están superpuestas,

como es el caso del CENSI y la Dirección General de Promoción de la Salud que tiene a su cargo la Unidad Técnica de Derechos Humanos, Equidad en Género e Interculturalidad en Salud.

- Al considerar las oportunidades de la PSI damos por comprobada nuestra hipótesis: “En la actual coyuntura política del Perú, la descentralización es la principal oportunidad que se puede aprovechar para la construcción de esta política intercultural en salud.” El proceso de descentralización puede permitir un desarrollo de la interculturalidad aceleradamente dependiendo del nivel de descentralización que se consiga en una región, en una provincia o en un distrito; y conjuntamente, con la voluntad política que priorice esta política sanitaria o que priorice la interculturalidad como enfoque de las políticas públicas.
- Finalmente damos por comprobada nuestra Hipótesis General: “La construcción de una política intercultural en la salud es una política impuesta por la población no indígena o de influencia occidental sobre la población indígena; es decir, no nace del diálogo intercultural.” Existe una disposición del Estado peruano de sentarse a conversar y dialogar con las comunidades indígenas, en donde existen diferencias en la capacidad de negociación; estas responden, necesariamente al ejercicio ciudadano de cada una de las partes; y también, a una estructura sociocultural que, lamentablemente, se sigue fundamentando en la dominación.

RECOMENDACIONES

- Evaluar el impacto negativo de la implementación y operacionalización de una estrategia intercultural: adecuación cultural del parto o casas de espera maternas a fin de superar un indicador de salud negativo (Ejem. Mortalidad Materna).
- Investigar los tipos de articulación que existen de la medicina oficial con la medicina tradicional en los distintos niveles de atención desde el central al local, desde lo urbano a lo rural, en una comunidad indígena y en una no indígena.
- Investigar la aplicación práctica del proceso intercultural e la porción más distal del sistema de salud (niveles periféricos y locales) con el fin de institucionalizar los saberes de las dos partes.
- Rescatar las diversas experiencias exitosas en salud intercultural que se han venido desarrollando para poder documentar las estrategias y metodologías que permitieron construir el diálogo con los pueblos indígenas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aguirre, G. (1986). *Antropología Médica*. México DF: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
2. Alarcón, G.; Espinoza, L.; Pamo-Reyna, O. (2006). *Medicina y Reumatología Peruanas. Historia y Aportes*. Perú: Comité Organizador PANLAR.
3. Aliaga, G. (2007). Propuestas para la construcción de una política de salud intercultural. En Vilchez, E.; Valdez, S.; Rosales, M. *Interculturalidad y Bilingüismo en la Formación de Recursos Humanos: Educación, medicina, Derecho y Etnodesarrollo*. Perú: UNMSM-CILA.
4. Arriaga, P. (1920). La extirpación de la idolatría en el Perú. Lima Imprenta Sanmarti y Cia.
5. Arroyo, J. (2000). *Salud: La Reforma Silenciosa. Políticas sociales y de salud en el Perú de los 90*. Perú: UPCH.
6. Arroyo, J. (2005). *Equidad y eficiencia en la prestación y financiamiento del sector público en salud en el Perú de los noventa. Balance y posibilidades para las políticas de salud*. Tesis Doctoral, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
7. Basadre, J. (2000). *Historia de la República del Perú 1822-1933*. Perú: 8va. Edición, Tomo XV, Edit. La República, Universidad Ricardo Palma.
8. Beigel, F. (2001). Mariátegui y las antinomias del indigenismo. *Utopía y Praxis Latinoamericana*, 6 (13), Universidad de Zulia.
9. Binder, A. (1992). La Sociedad Fragmentada. *Revista Pasos, Número especial N° 3*, San José de Costa Rica, 31-8.
10. Bustios, C. (2002). *Cuatrocientos Años de la Salud Pública en el Perú 1533-1933*. Perú: UNMSM.
11. Cabieses, F. (1982). Historia de la Ciencia y Tecnología en el Perú. En: Mejía, J. *Historia del Perú*, Tomo X, editorial Juan Mejía Baca, 5ta. Edición.
12. Camino, L.; Roeder, E.; Montibeller, M. (2003). *Estudio Exploratorio para desarrollar un enfoque intercultural y de mejoramiento de calidad de los servicios de salud en los departamentos de Huancavelica, Ayacucho y Andahuaylas en el marco del programa de modernización del sector salud*. Perú: Proyecto AMARES, MINSA, Comisión Europea.
13. Cáceres, E. (1988). *Si crees los Apus te curan. Medicina Andina e Identidad Cultural*. Centro de Medicina Andina, Cuzco-Perú.

14. Campos, R. (2001). Adecuaciones interculturales en los hospitales para indios en la Nueva España. *Gaceta Médica de México Vol. 137 N° 6*, 595-608. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2001/gm016j.pdf>
15. CEPAL. (2007). *Seminario Taller-Pueblos Indígenas de América Latina: políticas y programas de salud, ¿cuánto y cómo se ha avanzado?* Chile: CEPAL. Recuperado de: <http://www.eclac.cl/celade/agenda/9/28519/Convocatoria.pdf>
16. Comité Organizador del IV Congreso Indigenista Interamericano. (1959). Perú: Actas finales de los tres primeros Congresos Indigenistas Interamericanos. Guatemala: Comité Organizador.
17. Confederación Mapuche Neuquina-Newén Mapu. (1997). *Documento de la Coordinación de Organizaciones Mapuche*. Argentina.
18. Cormelles, J. (2004). El regreso de las culturas. Diversidad y práctica médica en el S. XXI. En: Fernández, G. *Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas*. Ecuador: Ediciones Abya-Yala
19. Cueto, M. (2000). *El Regreso de las Epidemias Salud y sociedad en el Perú del siglo XIX*. Perú: Instituto de Estudios Peruanos.
20. Cuyul, A. (2012). Salud Intercultural y la patrimonialización de la Salud Mapuche en Chile. En: Nahuelpan, H. *Historia, colonialismo y resistencia desde el país Mapuche / Ta ññ fijke xipa rakizuameluwün*. Chile: Comunidad de Historia Mapuche.
21. Cruz, G. (2010). *¿Indianismo o indigenismo?* Argentina: CECIES, Recuperado de: <http://www.cecies.org/articulo.asp?id=248>
22. Degregori, C.I. y Sandobal, P. (2007). La Antropología en el Perú: del estudio del otro a la construcción de un nosotros diverso. *Revista Colombiana de Antropología*, 43, 299-334.
23. Diaz, N. y col. (1996). Estado de la Educación en la Colonia. En: Cabezas, R. *Historia de la Educación Peruana. Periodo Republicano 1821-1995*. Editorial San Marcos EIRL.
24. Dietz, G. (2001). Del Multiculturalismo a la Interculturalidad: Un movimiento social entre discurso disidente y praxis institucional. En Prado, J. de. *Diversidad Cultural, identidad y ciudadanía*. Córdoba, Instituto de Estudios Transnacionales.
25. Duarte, M. (2003). Medicina occidental y otras alternativas: ¿es posible su complementariedad? Reflexiones conceptuales. *Cadernos de Saúde Pública vol.19 Nro. 2* Rio de Janeiro Mar./Apr. 635-643.

26. Escuela Mayor de Gestión Municipal. (2007). *Proyecto Promoción y Capacitación de Agentes Culturales en red: Perú, Bolivia y España. Módulo2 interculturalidad: Diálogo entre iguales*. Perú: Escuela Mayor de Gestión Municipal.
27. Espejo A. (2010). Medicina Holística. En: Universidad Ricardo Palma, Instituto de Estudios Clásicos Occidentales y Orientales. *Todas las Medicinas: Oriente y Occidente*. Universidad Ricardo Palma.
28. Estrella, E. (1977). *Medicina Aborigen*. Quito: Editorial Época.
29. Foster, G. (1952). *Análisis Antropológico Intercultural de un Programa de Ayuda Técnica*. México DF: Traducción de la edición mimeografiada hecha por la Institución Smithsonian Washington DC, 1951. Instituto Nacional Indigenista.
30. Foucault, M. (1978). Incorporación del Hospital en la tecnología moderna. *Educación Médica y Salud 11(1)*, 20-35.
31. FORMABIAP, AIDSESEP, Instituto Superior Pedagógico Público “Loreto”. (2008). *La vida secreta de las Plantas Medicinales en los pueblos kichua, kukoma-kukumara y tikuna*. FORMABIAP, AIDSESEP Instituto Superior Pedagógico Público “Loreto”.
32. Franco, R. (1996). Los paradigmas de la política social en la América Latina. *Revista de la Cepal Nro. 58*, 9-22. Recuperado de: http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/6/12726/lcr_1625_paradigmas.pdf
33. Frisancho, D. (2001). Manuel Núñez Butrón y el “Rijcharismo”. *Acta Médica Peruana Vol 18, N° 2* Mayo-Agosto. Recuperado de: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/acta_medica/2001_n2/manu_nu%C3%B1ez.htm
34. Fuentes, C. (1992). *El espejo enterrado*. Fondo de Cultura Económica.
35. Fuller, N. (2005). *Interculturalidad y política: desafíos y posibilidades*. PUCP, UP, IEP. Red para el Desarrollo de las Ciencias Sociales en el Perú.
36. García, J.U. (1973). *El Nuevo Indio*. Perú: Editorial Universo.
37. Guerrero, M. (2009). Visión General de la Salud Intercultural. En: Ministerio Coordinador de Patrimonio. *Lineamientos para la Construcción de Políticas Públicas Interculturales. Memoria de los Seminarios de Gestión Local Intercultural Esmeraldas, Chimborazo y Sucumbíos, septiembre y octubre de 2009*. Ecuador: Ministerio Coordinador de Patrimonio. Recuperado de: <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001881/188129s.pdf>
38. Haya de la Torre, A. (2003). *Dictadura y Democracia: La crisis del Estado Republicano*. Foro Democrático, Lima-Perú.

39. Haya de la Torre, V. (1985) Teoría y Táctica del Aprismo. En: *Obras Completas de Víctor Raúl Haya de la Torre*. Cuarta Edición, Mejía Baca, Lima.
40. <http://www.clinicaelias.es/Medicina.html> La medicina Antroposófica. Clínica Elías. 25 mayo 2012.
41. http://www.spemac.org/historia_mac.html. Reseña Histórica de las “Medicinas Alternativas y Complementarias” Sociedad Peruana de Medicina Alternativa y Complementaria, 20 julio 2012.
42. <http://www.ins.gob.pe/portal/jerarquia/7/53/medicina-tradicional/jer.53> Instituto Nacional de Salud. Medicina Tradicional. MINSA-INS, 1 de noviembre 2012.
43. http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/7/jer/ind_pueblos/Indice%20de%20pueblos.pdf Lista de Códigos usados en el campo “etnia”. INS. 9 de abril 2013.
44. <http://www.cmp.org.pe/institucion/organizacion/144.html> Comité de Medicina Tradicional, Alternativa y Complementaria. CMP. Lima. 28 julio 2012
45. <http://www.unesco.org/new/es/culture/themes/dialogue/intercultural-dialogue/> UNESCO. Dialogo Intercultural 26 setiembre 2013
46. Huamán, M. (2009). En defensa del indigenismo. *Letras 80 (115)*11-25.
47. INEI. (2012). Resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 2011. Perú: INEI Recuperado de: desa.inei.gob.pe/endes/Investigaciones/Expo_Jefe_2011.pptx
48. Jaramillo, C. (1928). Ordenanzas del Virrey Don Francisco Toledo relativas a la Higiene y Asistencia Social, *Anuario Médico del Perú*. Lima-Perú, pp. 69-119.
49. Ibáñez, M. (2003-2005). La interculturalidad: ¿una moda? Alcances e implicancias políticas en Argentina. Argentina: *Cuadernos del Instituto Nacional de Antropología y Pensamiento Latinoamericano 20*, 149-161.
50. “Interculturalidad desde los,” (2001).
51. Kelly, I. (1960). *La Antropología, la cultura y la salud pública*. Universidad de los Andes, Venezuela.
52. Kymlicka, W. y Norman, W. (2002). *El retorno del ciudadano. Una revisión de la producción reciente en teoría de la ciudadanía*. Perú: Instituto de Estudios Peruanos. Recuperado de: <http://www.cholonautas.edu.pe/modulo/upload/kymlick.pdf>
53. “La Gran Cruzada Sanitaria” *Medicina Social 11(16)* Oct-Dic, pp. 8-13.

54. Lastres, J. (1951). *Historia de la Medicina Peruana. La Medicina del Virreynato*. Tomo V, Vol II, Lima-Perú.
55. Lauer, M. (1997). *Andes imaginarios y discursos del indigenismo 2*, Perú: Cusco Sur, Centro Bartolomé de Las Casas.
56. León-Portilla, M. (1990). Las comunidades mesoamericanas ante la institución de los hospitales para indios. En: Aguirre, G. y Moreno, R. *Medicina novohispana siglo XVI. Historia General de la Medicina en México. Tomo II*. México: UNAM.
57. Lerin, S. (2010). Antropología y Salud Intercultural. Desafíos de una propuesta. México: *Revista de Antropología Social Desacatos Nro. 16*, 111-125. Recuperado de: http://www.ops.org.bo/multimedia/cd/2010/sri-2010-4/files/docs/7_otros/118.%20Antropologia%20y%20salud%20intercultural.pdf
58. Marchena, J. (1987). *José Carlos Mariátegui*. España: Edit Quorum.
59. Mariátegui, J.C. (1981). *7 ensayos de interpretación de la realidad peruana*. Perú: Cuadragésima Cuarta edición, Biblioteca Amauta.
60. Martos, L. (2010). Medicina tradicional China: Acupuntura. En: Universidad Ricardo Palma, Instituto de Estudios Clásicos Occidentales y Orientales. *Todas las Medicinas: Oriente y Occidente*. URP.
61. Menéndez, E. (1990). *Antropología Médica. Orientaciones, Desigualdades y Transacciones*. México: Cuadernos de La Casa Chata 179, SEP, CIESAS.
62. Ministerio de la Sanidad. (2011). *Instrumento para la valoración de la Competencia Intercultural en la Atención en Salud Mental. Hacia la Equidad en Salud. Ministerio de la Sanidad, Política Social e Igualdad*. España: Ministerio de la Sanidad, Política Social e Igualdad Centro de Publicaciones. Recuperado en: http://www.mspsi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Competencia_Intercultural_accessible.pdf.
63. MINSA, PRONIEM. (2005). Evolución de la Infraestructura Hospitalaria en el Perú. *Boletín Informativo Vol. 1 N° 8*.
64. MINSA. (1999). Instituto Nacional de Medicina Tradicional. MINSA-INMETRA.
65. Montoya, R. (1998). *Multiculturalidad y Política. Derechos indígenas, ciudadanos y humanos*. Perú: Sur Casa de estudios del socialismo.
66. Núñez, M. (1935). Impresiones de un Indio. Perú: *Runa Soncco* Nro. 3, Junio 24.
67. OIT. (2007). *Convenio 169 Sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes*. OIT, Recuperado de: http://www.oit.org.pe/WDMS/bib/publ/libros/convenio_169_07.pdf

68. Olaechea A. (1933). Situación de la Sanidad y la Asistencia en el Perú. Perú: *La Crónica Médica* 50 (836) 49-59.
69. OMS. (2002). *Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005*. Ginebra; OMS. Recuperado de: http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_EDM_TRM_2002.1_spa.pdf
70. OPS, OMS. (1998). *Memoria del Primer Encuentro Nacional Salud y Pueblos Indígenas: hacia una Política Nacional Intercultural en Salud*. OPS.
71. Oyarce, A.; Ibacache, J.; Neira, J. y col. (1996). Reflexiones para una Política Intercultural en Salud. Primer Encuentro Nacional de Salud y Pueblos Indígenas. (Hacia una Política Nacional Intercultural) 4 al 8 de Noviembre. En: *Memoria Primer Encuentro Nacional Salud y Pueblos Indígenas: Hacia una Política Nacional Intercultural*. Washington: OPS y OMS.
72. Paz, J. (2002). El Indigenismo Cusqueño 1920-1950. *Escritura y Pensamiento*, 11 (5), 59-71.
73. Paz Soldán, C. (1926). El Próximo Centenario y el Saneamiento del Perú. En: Paz Soldán, C. *La Política Sanitaria en el Perú (1916-1925)* Biblioteca la Reforma Médica. Lima-Perú.
74. Quevedo, Z. (2012). Criterios para la salvaguarda de la Medicina Tradicional. *Pueblo Continente* 23(1) Enero-Junio. Revista oficial de la Universidad Privada Antenor Orrego. 100-104 Recuperado de: [http://www.upao.edu.pe/publicaciones/PUEBLO_CONTINENTE/UPAO_PUEBLO_CONTINENTE_23\(1\)_2012.pdf](http://www.upao.edu.pe/publicaciones/PUEBLO_CONTINENTE/UPAO_PUEBLO_CONTINENTE_23(1)_2012.pdf)
75. Quevedo, R. (2009). *La medicina tradicional en el Sistema Oficial de Salud en el Perú*. Lima. Universität Wien Recuperado de: http://univie.academia.edu/rosariodepribyl/Papers/417539/Medicina_Tradicional_en_el_Sistema_de_Salud_en_el_Peru
76. Rabí, M. (1999) *Del Hospital Santa Ana (1549 a 1924) al Hospital nacional "Arzobispo Loayza" (1925-1999) 450 años de protección de Salud de las Personas*. Tomo II de la Historia de la Medicina del Perú, Gráfica Finca, Lima-Perú.
77. Rabí, M. (2001) *El Hospital de San Bartolomé de Lima (1646-2000) La protección y asistencia de la gente de color*. Tomo III de la Historia de la Medicina del Perú, Grahuer, Lima-Perú.
78. Ramírez, S. (2009). Políticas de salud basadas en el concepto de interculturalidad. Los centros de salud intercultural en el altiplano boliviano. *Avá. Revista de Antropología*, Argentina Recuperado de: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16942009000100010
79. Redfield, R. (1963). *The little community*. Chicago: University of Chicago Press.

80. Rivas, A. (2010). Construcción participativa de una Política Pública de Salud Intercultural. Perú: MINSA, INS, CENSI Recuperado de: http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/7/jer/censi_info_nota/NOTA%20INFORMATIVA%20POLITICA%20MAYO%202010.pdf
81. Rojas, R. (2003). *Crece Sanitos: Estrategias, metodologías e instrumentos para investigar y comprender la salud de los niños indígenas*. Washington: OPS.
82. Salaverry, O. (2005). La complejidad de lo simple: Plantas medicinales y sociedad moderna. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública* 22(4). oct./dic. 245-6.
83. Salaverry, O. (2010). Interculturalidad en salud. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública Vol 27 Nro. 1*, 80-93.
84. Sánchez, C. (2008). La Política del Multiculturalismo. *Boletín de Antropología Americana Nro. 44*. Instituto Panamericano de Geografía e Historia, enero-diciembre.
85. Sanders, K. (1997) *Nación y Tradición. Cinco discursos en torno a la nación peruana 1885-1930*. Perú: FCE-PUCP.
86. Sartori, G. (2001). *La Sociedad Multiétnica*. Taurus, Madrid-España.
87. Schubert, G.; Tetzlaff, W. y Vennewald, W. (1994). *Demokratisierung und politischer Wandel: Theorie und Anwendung des Konzeptes der strategischen und konfliktfähigen Gruppen*. Münster-Hamburg: LIT.
88. Secretaría de Salud. (2002). *El enfoque intercultural: herramientas para apoyar la calidad de los servicios de salud*. México: Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud, Dirección General Adjunta de Implantación en Sistema de Salud, Dirección de medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural.
89. Seguí, C. (1988). *Medicinas tradicionales y medicina folklórica*. Banco Central de Reserva del Perú, Fondo Editorial, Lima Perú.
90. Sempertegui, F. y Bresani, S. (1981). La trascendencia histórica del saber popular. En Secretaria del Estado de Salud Pública y Asistencia Social. *Medicina Popular*. República Dominicana: Colección. Serie Salud y Medicina Popular, 12-22.
91. Sigerist, H. (1947). *Medicine and health in the Soviet Union*. Nueva York: The Citadel Press.
92. Sigerist, H. (1987). *Hitos en la Historia de la Salud Pública*. México: Siglo Veintiuno editores, 3era edición en español.
93. Solis, G. (2006). Interculturalidad: Encuentros y desencuentros en el Perú. Construyendo nuestra interculturalidad. Perú Recuperado de: http://interculturalidad.org/numero03/2_01.htm

94. UNMSM. (1931). Proyecto del Reglamento del Instituto de Medicina Social/UNMSM, Lima, Emp. Edit. Rímac, 21p.
95. U.S. Department of Health and Human Services. (2009). *Cam basics*. Washington: Recuperado de: http://nccam.nih.gov/sites/nccam.nih.gov/files/D331_0.pdf
96. Valcárcel, L. (1963?). *Tempestad en los Andes*. Perú: 2da Ed, Populibros Peruanos.
97. Vasco, A. (1981). La Medicina Popular. En: Secretaría de Estado de Salud pública y Asistencia social. *Medicina Popular*. República Dominicana: Serie Salud y Medicina Popular.
98. Villar, M. (2011). *Martha Villar. Seguridad Social en Salud, Perú. Panamá*. I Foro Regional de Recursos Humanos para la Salud y Pueblos Indígenas.: el desafío de la Interculturalidad Recuperado en: <http://www.youtube.com/watch?v=urpDKKr5bf4>
99. Villegas, Y. (2010). Medicina Antroposófica. En: Universidad Ricardo Palma, Instituto de Estudios Clásicos Occidentales y Orientales. *Todas las Medicinas: Oriente y Occidente*. URP.
100. Walsh, C. (2009). *Interculturalidad, Estado y Sociedad. Luchas (de) coloniales de nuestra época*. Universidad Andina Simón Bolívar, Ediciones Abya-Yala, Quito, Ecuador.
101. Wellin, E. (1979). Theoretical orientation in medical anthropology: Change and continuity over the past half century. En: Logan, M. y Hunt, E. *Health and the human condition*. Duxbury Press, North Scituate, Mass, 23-39.
102. World Health Organization. (1978). The Promotion and development and Traditional Medicine. Geneva: *WHO Technical Report Series 622*. Recuperado de: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s7147e/s7147e.pdf>
103. Yañez, J. (2008). La Lógica de la relacionalidad en el mundo andino. Quito: ALAI; Recuperado de: <http://alainet.org/active/26655&lang=es>
104. Žižek, S. (1998). Multiculturalismo o la lógica cultural del capitalismo multinacional. En: Jameson, F. y Žižek, S. *Estudios culturales. Reflexiones sobre el multiculturalismo*. Argentina: Editorial Paidós.
105. Zúñiga M. y Ansion, J. (1997). *Interculturalidad y Educación en el Perú*. Lima: Foro Educativo.

ANEXOS

ANEXO 1

Lista de personas integrantes de la muestra de estudio

- Neptalí Cueva Maza: Médico Cirujano, ex director del CENSI (2007-2009). Docente del Curso de Educación a Distancia en Interculturalidad y derechos Humanos en Salud (2009). Forma parte del subcomité de Medicina Tradicional del Colegio Médico del Perú.
- Mario Tavera: Médico Cirujano. Representante oficial de la UNICEF en el Perú.
- Lupe Camino Diez Canseco: Antropóloga y Artista Plástica. Fue Directora Académica del I Diplomado en Interculturalidad y Salud financiado por la Comunidad Europea-Proyecto Amares, Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga y Universidad Nacional Autónoma de México.
- Danilo Fernández Borjas: Médico Cirujano, ha sido Coordinador General del Programa de Acuerdos de Gestión PAAG-Salud Básica para todos del MINSA. Responsable del Programa Derechos en Salud de CARE PERÚ.
- Diana Cordano Gallegos: Socióloga. Representante del Programa de Pueblos Indígenas de la Defensoría del Pueblo.
- Gabriela Samillán Yncio: Licenciada en Enfermería. Ha ocupado la Gerencia de Desarrollo y Capacitación del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins-EsSalud. Responsable del Programa Iniciativa de Políticas en Salud. USAID. Es docente de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Facultad de San Fernando, UNMSM.

- Alfredo Rodríguez Torres: Educador, ex Asesor de AIDSESEP. Docente de la Facultad de Educación de la UNMSM. Consultor sobre temas de Educación Intercultural en el Ministerio de Educación y de Salud. Miembro del Equipo de la Dirección del Proyecto Piloto de Formación de Técnicos en Salud Intercultural Amazónica con jóvenes de los pueblos Ashaninka, Asheninka, Yine y Shipibo en la ciudad de Atalaya (Ucayali).
- Mérida Aliaga Santa María: Médico Cirujano, docente de la Facultad de Medicina de la UNMSM. Coordinadora Nacional de la Mesa Temática de Medicina Tradicional del Foro Salud.
- Ana María Pérez Villareal: Comunicadora social con experiencia en medios masivos (cine y televisión) y en recojo de tradición oral. Investigadora en medicina tradicional y de saberes de curadores de plantas maestras del Perú. Pertenece al Equipo de Investigación de la Asociación Cultural Pirámide. Ha colaborado con el proyecto Los Niños del Bosque GTZ/Piramide.
- Germán Perdomo Córdoba: Médico Cirujano. Representante de la OPS/OMS desde 1990 en Bolivia, USA y Perú. Consultor Internacional de Políticas y Sistemas de Salud.
- Armando Medina Ibáñez. Antropólogo: Consultor Internacional del Banco Interamericano de Desarrollo (Ecuador), del CENSI-INS-Perú. Ex Decano del Colegio de Antropólogos del Perú.
- Juan Reátegui Silva: Licenciado en Enfermería. Director del Programa de Salud Indígena de la AIDSESEP. Pertenece a las etnias Shuar-Awajun.
- Martha Villar López: Médico Naturista, especialista en Medicina Interna. Coordinador de la Gerencia de Medicina Complementaria de EsSalud. Profesora del Curso de Postgrado de Medicina Naturista de la Universidad de Zaragoza. Fundadora de la Asociación Peruana de Salud Integral (ASPESIN).
- Javier Lauró: Médico Naturista del CAMEC de la Red Rebagliati-Hospital Angamos-EsSalud.
- Judith Paco García: Licenciada en Enfermería. Coordinadora del CAMEC del Policlínico Pizarro-EsSalud.
- Palmiro Ocampo Tello: Médico Cirujano. Profesor de Medicina Tradicional de la Facultad de San Fernando-UNMSM. CAMEC de la Red Sabogal-Hospital Sabogal-EsSalud.

- Jorge Silva Rosario: Médico Internista. CAMEC de la Red Sabogal–Hospital Sabogal–EsSalud.
- Alejandrino Marcial Ferro Rodríguez: Médico Cirujano, ex Director Ejecutivo de la Dirección de la Dirección Ejecutiva de Medicina Alternativa y Complementaria del INS (noviembre 2007-mayo 2010). Miembro del Sub Comité de Medicina Tradicional del Colegio Médico del Perú.
- Esther Muñoz Lozano: Licenciada en Enfermería. Miembro del Equipo Técnico del Programa Derechos Sexuales y Reproductivos. Promotora del Programa Salud Reproductiva (Reprosalud) Movimiento Manuela Ramos.
- Jeanine Anderson Roos: Antropóloga. Profesora principal del departamento de Ciencias Sociales. Investigadora de la PUCP, entre sus áreas temáticas están la Salud y las Políticas Sociales. Docente del Doctorado en Antropología de la PUCP. Ha sido miembro del Comité Consultivo de la Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública (2005-2009).
- Carlos Eduardo Aramburú López de Romaña: Antropólogo, ex Director del Consorcio de Investigación Económica y Social (CIES). Consultor en programas y políticas sociales del PNUD, Banco Mundial y del BID. Profesor Principal de Ciencias Sociales de la PUCP. Profesor de la Facultad de Salud pública y Administración en Salud de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Oswaldo Salaverry. Médico e historiador de la Salud. Profesor de la UNMSM en el pre grado y posgrado de la Facultad de Medicina; actual director del CENSI.
- Ananías Huamán: Antropólogo, ex funcionario del INMETRA, profesor del curso de Antropología de la Salud en la Escuela de Antropología de la Facultad de Ciencias Sociales de la UNMSM.
- Juan Macha Olivera: Coronel(r) del Ejército Peruano. Dirección General de Interculturalidad del Viceministerio de Interculturalidad. Ministerio de Cultura.
- Esperanza Reyes Solari de Guerra: Antropóloga, profesora de la Maestría en Salud Pública por la UPCH.
- Mario Ríos Barrientos: Abogado. Profesor de la Maestría en Salud Pública por la UPCH. Ex Coordinador Nacional del Foro Salud 2009-2011.
- Gloria Lagos: Médico Cirujano. Gerente de Líneas Estratégicas y Cooperación Internacional en el Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue.
- Julio Portocarrero: Antropólogo del CENSI.

- María Ponce: Antropóloga. Coordinadora CHIRAPAQ-Programa Mujer Andina.
- Angélica Ganiko: Antropóloga. Coordinadora CHIRAPAQ-Programa Mujer Andina.
- María Elena Planas: Antropóloga con especialidad en Antropología Médica, docente de la Maestría en Salud Pública por la UPCH.

ANEXO 2

Estructura de la entrevista en profundidad

I) Fase Introductoria

Se orienta a establecer una relación de empatía con el entrevistado. Formular no más de tres preguntas generales sobre el tema de la PSI, de la experiencia del entrevistador o del entrevistado.

II) Modelo de Planificación de la PSI

Se enfoca el diseño, financiamiento, implementación de la PSI y la toma de decisiones

1. ¿Cómo se maneja el presupuesto destinado a la PSI?
2. ¿Qué estrategias interculturales se han priorizado con el manejo de los recursos presupuestarios?
3. ¿Qué sectores del Gobierno y de la sociedad civil han sido convocados para la elaboración de la PSI y como se trabaja con ellos?
4. ¿Cómo se ha ido construyendo la PSI?

III) Avances de la PSI

Se orienta a definir de los objetivos alcanzados por la PSI a nivel: normativo, de estrategia, de pertinencia cultural y adecuación intercultural.

1. ¿Cuáles han sido los avances alcanzados por la PSI?
2. ¿Cómo se ha venido trabajando la estrategia de las casas de espera?
3. ¿Cómo se ha venido trabajando la estrategia del parto vertical con interculturalidad?

4. ¿Y sobre la medicina tradicional y complementaria?
5. ¿Hay algún otro avance?

IV) Desafíos de la PSI

Se orienta a definir los desafíos políticos y sociales que se deben superar para la construcción de una PSI. Considerar: el contexto político nacional, la estructura y la superestructura sociosanitaria.

1. ¿Qué desafíos plantea establecer una PSI?
2. ¿Qué problemas se han presentado en el trabajo intersectorial, con los representantes de los pueblos indígenas o con la sociedad civil en la construcción de la PSI?
3. ¿Qué relación se tiene con los organismos de representación indígena?
4. ¿Qué problemas genera el pensamiento biologista en la formación de los recursos humanos en salud en la construcción de la PSI?

V) Oportunidades para la PSI

Se orienta a definir las oportunidades políticas y sociales que se pueden aprovechar para la construcción de una PSI. Considerar: el contexto político nacional e internacional.

1. ¿Considerando el contexto político nacional qué oportunidades se puede aprovechar para establecer una PSI?
2. ¿Cómo favorecería la descentralización al proceso de construcción de una PSI?
3. ¿Considerando el contexto político internacional qué oportunidades se puede aprovechar para establecer una PSI?
4. ¿Cómo se podría aprovechar el contexto político internacional que favorece la interculturalidad en la construcción de una política sanitaria con este enfoque en el Perú.

ANEXO 3

Entrevista con el Médico Cirujano, Oswaldo Salaverry García. Profesor Principal de la UNMSM en Historia de la Medicina y actual director del CENSI. Entrevista realizada en noviembre del 2012, en la Dirección General del CENSI.

GAR: En una conversación que tuvimos sobre la interculturalidad y salud, recuerdo que me dio un consejo para tratar este tema. No caer en un apasionamiento; en el sentido, de que las comunidades indígenas son históricamente postergadas y víctimas de toda una serie de abusos incluyendo al propio Estado. Mi primera pregunta toca este punto, ¿todavía existe este apasionamiento? ¿Se manejan las políticas sociales de salud intercultural con un rigor técnico o persiste todavía esta visión pasional?

OS: Coexisten las dos actitudes hay quienes toman el tema de interculturalidad como un apasionamiento y hay quienes lo están tomando en una forma mucho más técnica sin dejar de lado la necesaria pasión o emoción por un trabajo, pero desarrollándolo en forma técnica. Creo que cada vez se va tecnificando más el tema en salud intercultural a través del conocimiento de la diversidad, y no tener una visión muy superficial y a partir de ella llegar a conclusiones; creo que años atrás se hablaba del tema intercultural y casi todo era reivindicativo y se hablaba de las terribles cosas que habían pasado por estos pueblos, pero casi no se conocía a los propios pueblos, ni se dejaba que ellos fueran los interlocutores para que dijeran directamente lo que querían, mucho de eso llevaba a la idea un poco de querer sobreprotegerlos y en esa sobreprotección en realidad lo que hacían era hundirlos. Por ejemplo se pensaba que deberían continuar, sin ver algo que es evidente de que los pueblos indígenas quieren la modernidad pero a su modo, quieren utilizar las ventajas de la modernidad pero no quieren perder sus costumbres, sus creencias y sus condiciones culturales, quieren tener lo mejor de ambos mundos, lo cual me parece factible y deseable.

GAR: Es decir, todavía hay un fuerte culturalismo, esta tendencia a enmarcar a los pueblos indígenas en determinados cánones. ¿Qué avances se han

conseguido en la política de salud intercultural durante los últimos años? ¿Cuál es su opinión sobre estos avances como los identifica y clasificaría?

OS: Bueno yo creo que avances, en varias dimensiones, en lo normativo que puede ser un tanto a veces hasta declarativo solamente y también hay avances en cosas concretas. Un avance concreto por ejemplo desde el punto de vista de la salud es que ahora los indígenas tienen atención integral de salud están en el aseguramiento universal, lo que se llamó en un momento el seguro integral de salud en forma completa, independientemente que sea un grupo etareo, un grupo focalizado, madres, niños, gestantes, niños menores de 5 años, adolescentes, todos, desde que nacen hasta que mueren, todos están focalizados todos los indígenas amazónicos y también es cierto que eso creó una buena medida de protección a esta colectividad fue un tanto, digamos mediatizada o no llevada a la práctica porque entonces eso significaba que tenían que cumplir con los requisitos habituales, que es tener DNI y muchos de los indígenas no tenían DNI, con lo cual en la práctica tenían el derecho pero no tenían como ejercerlo, porque la normativa legal, administrativa, aplicativa les indicaba un DNI que no tenían; sin embargo, también a pesar que ha pasado el tiempo ha cambiado, hay inscripción digamos temporal de los indígenas bajo la sola declaración al personal de salud del MINSA o del SIS, se inscribe a la persona indígena con una declaración y ligado a un tiempo de tres meses para que regularice la situación, durante esos tres meses recibe todos los recursos pero si a los tres meses no ha regularizado la situación de sacar su documento de identidad se cancela el DNI, pero ya permite a las personas que pueden solucionar el problema concreto de salud, eso es algo por ejemplo concreto, eso mejora la salud de las personas de fulano, zutano con nombre y apellido directamente; pero también hay otras cosas por ejemplo estamos en el proceso de consulta previa de la política sectorial de salud intercultural; la política sectorial de salud intercultural se construye en forma colectiva con los pueblos indígenas en el año 2010, el CENSI hace reuniones macroregionales con organizaciones indígenas, con organismos de cooperación, con ONG's, con academias, con otros sectores en fin a nivel nacional y nivel regional; y al cabo de todo eso se recoge toda la información y lo que hace el CENSI es cómo, todo eso sistematizarlo y ponerlo en una reacción de propuesta política sectorial de salud intercultural, que va a dar cumplimiento a la cuarta política nacional de cumplimiento obligatorio, es un decreto supremo que existe ya hace como diez años,

que dice que hay políticas nacionales, que todos los sectores deben cumplir y esa política nacional es la cuarta se refiere a los pueblos indígenas, afrodescendientes y asiaticodscendientes y cada sector deberá desarrollar esta política general a través de lo que le corresponda hacia ese mismo colectivo pero de su sector y en cumplimiento de eso se hace esta elaboración colectiva de la política sectorial de salud intercultural. Terminado esto en el año 2011 teníamos previsto nosotros pasar al proceso de consulta previa, no existía la ley de consulta previa, no existía un reglamento de consulta previa, nadie había regulado esto pero el convenio 169 de la OIT mandaba que tuviera una consulta previa....

GAR: Y el Convenio es vinculante

OS: Y es vinculante, por lo tanto nosotros nos habíamos preparado para hacer un proceso de consulta previa, pero claro tal como lo entendíamos nosotros debía ser la consulta previa, porque lo que dice el 169 es que deben hacerse a los pueblos, nos parecía lógico que tenía que ser con las organizaciones y no con cada persona, lo habíamos planeado de esa manera pero justo el 2011 se anuncia la discusión de ley de consulta previa; entonces prudentemente dijimos si va haber una ley no nos adelantemos y esperemos la ley que nos va a decir, salió la ley, es promulgada sorprendentemente muy rápido a comienzos del actual gobierno, porque todos los gobiernos tienen una etapa electoral, finalmente dijeron que no lo iban a sacar, hubo varios problemas, comenzando el actual gobierno promulgan la ley de consulta previa, promulgada la ley había un reglamento y mientras no estuviera reglamentada tampoco pues ... y todo eso pasó durante el año 2011 y gran parte del 2012. El 2012 a mediados de este año sale el reglamento de la consulta previa, o el primer trimestre, pero también viene con algunas limitaciones, el reglamento dice que va haber una base de datos de cuáles son los pueblos indígenas y quiénes son sus representantes, va haber una guía de cómo desarrollar los puntos de la consulta previa y esos documentos son vinculantes para cualquier consulta que se haga, entonces nuevamente nos han detenido varios meses más para iniciar el proceso. Finalmente nosotros nos hemos acercado al ministerio de cultura quien tiene este mandato y ya hemos concordado, ya existe una guía, que para nosotros tiene muchas limitaciones porque se refieren a cosas que no incluyen a la salud y también existe ya la base de

datos de cuáles son los procesos que deben consultarse, entonces ese ya es un documento oficial para todo el estado peruano, ya tenemos el marco de referencia.

GAR: ¿Para la construcción de esta ley de consulta previa y su reglamento, fue invitado el CENSI o los mismos pueblos indígenas?

OS: La ley de consulta previa fue totalmente hecha por el parlamento y luego vista por el ejecutivo a través del recientemente creado Ministerio de Cultura, no fue invitado el CENSI ni ningún otro organismo que tuviera que ver con pueblos indígenas, salvo el propio Ministerio de Cultura

GAR: ¿Ni tampoco por representantes indígenas?

OS: La ley en si no, que yo sepa no, el reglamento si, se formó una comisión en la cual intervenían las organizaciones indígenas, pero que también tuvo varias dificultades, de hecho luego de la primera o segunda reunión se retiró AIDSESEP de la mesa de construcción del reglamento, solamente quedo CONAP como representación indígena y algunas otras representaciones del mundo andino tengo entendido y con esta representación es que sale el reglamento y desde ahí mantiene AIDSESEP una posición crítica diciendo que este reglamento no cubre las expectativas del convenio 169; y que ellos no están de acuerdo ni con el reglamento y por tanto tampoco con la ley; pero esa es la situación actual tenemos una ley que es de cumplimiento obligatorio para todos, en tanto no se modifique por más que se diga que lo vamos a hacer y un reglamento que lo especifica ya están todos los documentos vinculantes. La base de datos que me dice cuáles son los pueblos indígenas para efecto de consulta previa en el Perú, nosotros podemos pensar que hay otro pueblo indígena pero si no está en la base de datos no se hace consulta. Y se hace a través de los representantes que están en esa base de datos, si están bien si son relativos o no eso no es nuestra competencia, eso le corresponde al ministerio de cultura, tenemos que hacerlo a través de ellos.

GAR: Y ahí también se considera los pueblos de primer contacto o aquellos pueblos que están aislados voluntariamente.

OS: No; bueno reconoce en otro documento porque hay una ley específica de los pueblos en aislamiento voluntario o en contacto inicial pero estos pueblos no son motivo de consulta porque precisamente...

GAR: Están en contacto inicial

OS: Así es; entonces no están en la base de datos de los pueblos indígenas para efectos de una consulta.

GAR: Sin embargo, hay un reglamento en casos de emergencia o riesgos de la salud dirigida a estos pueblos.

OS: Hay una norma técnica y una guía que ha sido elaborada por el CENSI y es para efectos de salud, es el ámbito de salud, esa norma técnica sobre el contacto si se produce el contacto eventual, voluntario, involuntario, casual en fin; y una guía de relacionamiento que hacer en esos casos, es una cosa de aplicación netamente técnica para el sector salud, no implica que el sector salud puede hacer lo que quiera lo dice claramente, solo cuando ocurre situaciones de emergencia y a solicitud de ellos.

GAR: Si, a veces son llamados o se les encuentra casualmente...

OS: Si se encuentran la guía dice cómo comportarse, dice cosas muy concretas como por ejemplo que sucede en caso que haya un fallecimiento, donde deben poner le cuerpo como registrar las cosas es una cosa muy aplicativo del sector salud para la eventualidad de contacto fortuito o voluntario entre pueblos indígenas en aislamiento o en contacto inicial y el personal de salud, si esa norma existe, pero no es un política, es una cosa aplicativa muy concreta. Está publicada en internet y en estos momentos estamos haciendo una revisión de la norma para sacar una más actualizada, primero que incluya a nuevos pueblos pues no están todos los pueblos, segundo que perfeccione algunos detalles de la guía; es posible que en el transcurso del primer semestre del año ya saquemos la segunda versión de esta norma técnica y guía de razonamiento.

GAR: Usted ha tocado, por lo menos tangencialmente, un punto importante, la organización de los pueblos indígenas. Yo recuerdo que el Dr. Mario Tavera de UNICEF me mostró su visión sobre la interculturalidad como una especie de puente entre el estado y los pueblos indígenas, pero lamentablemente no todos los pueblos indígenas están organizados, existen instituciones de indígenas como AIDSESEP pero que solo representa un 2% de los pueblos amazónicos por lo que no era un representante muy fuerte, por lo que se tenía un desbalance; y él concluía que la interculturalidad venía del mundo occidental hacia el indígena sin un contrapeso, pues la interculturalidad es una especie de negociación y para eso se tenía que tener capacidad de negociación y esta capacidad recae sobre tu organización, por lo tanto la interculturalidad va de un lado hacia el otro pero no se tenía una retroalimentación. Qué le parece esta visión.

OS: Bueno me parece una visión interesante, una opinión válida; sin embargo yo considero que interculturalidad es básicamente una actitud de forma individual que nos cambia a cada uno como personas y como individuos, y claro en forma colectiva tiene alguna forma de verse. Lo intercultural no es algo abstracto es algo concreto que se ejerce en cada persona es una actitud de la persona hacia la otra con su dimensión cultural es eso la interculturalidad, la interculturalidad es una actitud entre personas que permite interactuar culturas, tiene una dimensión colectiva y tiene una dimensión individual en cuanto que va de un sentido al otro. La interculturalidad se ha dado y se da inevitablemente así uno lo quiera o no lo quiera cada vez que hay un contacto entre una persona de una cultura y la otra; incluso los aspectos más negativos son contactos interculturales, cuando la persona menosprecia a la otra es un contacto intercultural negativo pero es un contacto intercultural lo desprecia porque es de otra cultura. El racismo es un contacto intercultural son contactos interculturales negativos, el contacto intercultural se produce inevitablemente cuando se juntan personas de dos mundos distintos; otra cosa es... trabajar desde una interculturalidad positiva de que sea una relación favorable entre culturas y por lo tanto entre individuos, para eso se necesita un interlocutor, sí, pero no es la única condición, es decir la interculturalidad no se va a crear porque hay un interlocutor fuerte por parte de los pueblos indígenas andinos-amazónicos, se va a crear cuando las personas de una cultura cambien su actitud frente a las otras culturas esa es la interculturalidad; es decir, podríamos nosotros... el caso que ocurre en Europa, ahí

no hay muchos pueblos indígenas, pero Europa tiene una migración muy fuerte y eso les ha impedido enfrentarse a una realidad concreta; pero hasta los años 60 o 70, Ud. veía en Europa una conciencia de la multiculturalidad e interculturalidad, el respeto al otro, enorme, increíble, una conciencia individual y colectiva de respeto a los derechos de los demás, el respeto de los derechos culturales y qué se yo. Una cosa es tenerlo así en forma abstracta y eso era parte de que esa propia sociedad allá desarrollado ese respeto hacia la diferencia, hacia el individuo, hacia la cultura, y otra cosa es que se venga a enfrentar con la realidad concreta que tienen, ya no hablan en abstracto de los derechos y la interculturalidad en Zimbague o en Asia, bueno ellos allá los tienen, a los migrantes, ahí hemos encontrado que la cosa no es tan sencilla, que la cosa es, como decíamos aquí, una cosa es con guitarra y otra es con cajón, es distinto ahora si de pronto encuentran que hay brotes racistas, xenofóbicos, contra el turco, contra el subsahariano, contra el latinoamericano; mientras que antes, un par de décadas atrás, cuando no tenían esa presencia ...

GAR: También hay problemas legales por ejemplo la educación en algunos países es laica mientras que en otras culturas no es así y existe ese desencuentro.

OS: Pero es una expresión de la interculturalidad y a nivel legislativo. La interculturalidad lo que hace es sistematizar a nivel legislativo el espíritu que se plasma en la sociedad y en los individuos. La gente en Europa, por muchas razones, ha llegado a la conclusión de que la educación debe de ser laica; entonces, le choca que venga alguien de otra cultura y diga ¡no!, la educación no debe ser laica, tiene que ser religiosa, es la formación del ser humano y el ser humano es un hecho divino porque tiene que ser educado religiosamente nos parece natural, normal, lo contrario nos parece una aberración, hay un choque cultural, eso ocurre y está ocurriendo.

GAR: Y entre los desafíos que tiene que superar esta política, yo, desde mi experiencia como odontólogo, he identificado el pensamiento biologista en la formación de los recursos humanos; Ud. identifica algún otro más aparte de ese.

OS: A ver... es una cuestión de niveles, el problema estructural realmente es que las relaciones entre culturas distintas en nuestro país y en la mayoría de países de América Latina se han generado siempre sobre la base de la opresión de un grupo

sobre otro. Nacemos de esa relación. Los incas dominaban a otros pueblos, los españoles dominaban a los incas y al resto de otros pueblos, y ese esquema de dominación y subyugación es el esquema de relación que se ha dado, siempre ha sido la subyugación de una comunidad por otra, una dominante y otra dominada o una dominante y varias dominadas, y en el Perú Republicano existe lo mismo; por tanto, ahí surge un primer nivel estructural y eso se plasma en la parte superestructural. Si tenemos la idea de que hay una cultura dominante, es la CULTURA, no es una cultura, es la CULTURA, y las otras son subyugadas, dominadas, inferiores; entonces mi educación es para mi cultura, para la CULTURA, y mi salud es lo mismo, la salud se plasma en otras superestructuras incluso un poco más complejas como la formación de los recursos humanos, lógicamente, si yo tengo un país en el cual, el respeto a las otras culturas no existe, la visión de mi país es plano y homogéneo, y lo que yo pienso es lo que deben pensar todos, entonces mi salud va a formar recursos humanos para esto y mi medicina va a ser la única MEDICINA y las otras son supercherías, ese enfoque no es solamente por el lado del influjo biomédico y la tecnología sino también viene y encaja perfectamente en estos factores sociohistóricos que se da en nuestro país. De una cultura dominante y de una cultura dominada, esa es la diferencia, es muy distinto, creo yo, la forma en que se enfrenta un problema de otras prácticas médicas en un país donde no hay este problema de subyugación; por ejemplo, qué se yo, en Europa, un médico francés formado absolutamente biomédico y que de pronto venga un campesino también francés y que le diga la planta que viene de este árbol es la cura; desde el punto de vista biomédico, positivista, esto no, no existe, es ignorancia qué se yo, aquí [en el Perú] a ese factor de formación del médico se le añade *me lo está diciendo un indígena, un negro, un serrano, un indio de la selva*, le añade ese concepto estructural que en otros países no existe; aquí existe ese problema histórico social, ese problema de discriminación que se plasma y que se suma al aspecto biomédico en el caso de la salud y en otros casos no. La dependiente de una oficina del Estado que trata mal al otro no es porque tenga un enfoque positivista de las cosas y el otro no, es simplemente por el aspecto racial, el aspecto de procedencia, el aspecto cultural es una estructura y la superestructura se forma sobre eso.

GAR: Volviendo al tema de los avances que se ha conseguido con la creación del Observatorio de Interculturalidad

OS: No ha tenido todo el desarrollo que hemos querido, porque la idea con la que se creó era de que fuera una forma de canalizar la voz propia de los indígenas o sus iniciativas, pero se ha convertido más bien en el vocero de los representantes de las estrategias sanitarias sobre eventos y qué se yo, pero de todas maneras está y lo vamos a seguir potenciando para que cada vez sea lo que se quiso en un inicio, que fuera un lugar de confluencia de las opiniones de los propios indígenas de presentar sus problemas y de demostrar los avances y desafíos que tenemos.

GAR: Yo leí alguno de los informes al respecto, sobre las reuniones técnicas y han mostrado que ciertas normativas no se están cumpliendo. Y por lo que sucedió con AIDSESEP en la mesa de negociación del Ministerio de Cultura ¿cómo es el la relación del CENSI con las organizaciones indígenas como el mismo AIDSESEP o la CONAP?

OS: A ver...yo creo que el estado es complejo, es diverso y gran parte los sectores de las dirigencias indígenas lo entienden así y saben que no es lo mismo tratar con los representantes del Ministerio de Energía y Minas que con los representantes del MINSA que son actitudes distintas, diferentes. Yo creo que ya han dejado de ver al estado como un solo puño que no es cierto, nunca ha sido, y lo están viendo en forma diferenciada, nuestras relaciones con los representantes indígenas son bastante buenas, porque el tema de salud es un tema en el cual implica la confluencia, en realidad no hay conflicto, lo que hay son diferentes énfasis, más rápido o menos rápido, pero todo el mundo quiere salud no hay ahí un conflicto en el que nosotros queramos legislar la enfermedad para los indígenas y ellos quieren la salud... en cambio en economía, en energía y minas, vivienda, en agricultura, ahí puede haber una posición muy distinta, yo quiero que haya un enfoque forestal productivo de empresas y ellos quieren una conservación total del bosque, ahí hay posiciones distintas, pero en el caso de salud no hay posiciones distintas, ellos quieren la salud de sus hijos, de los hombre y de sus mujeres y nosotros también queremos lo mismo.

GAR: Pero le señalo un punto que puede caer dentro de la categoría de contraposición de ideas: la incorporación de los curanderos o una ley de los médicos tradicionales que ha sido postergado durante muchos años y precisamente el 2011 estuvo muy cerca de promulgarse una pero fue detenida.

OS: Bueno ese es un punto en el que nosotros tenemos mayor coincidencia con los pueblos indígenas, una coincidencia casi total, nosotros consideramos que la medicina y los agentes tradicionales deben ser alentados, fomentados, conservados y apoyados; pero eso no debe implicar de modo alguno una especie de absorción o asimilación entre estos y la medicina occidental son dos cosas que se deben mantener cada uno en su propia dimensión y articuladamente dar lo mejor en beneficio del paciente, sin embargo, hubo una iniciativa legislativa, no fue del MINSA dar una ley para ver si reconocía a los agentes de la medicina tradicional, pero esta ley lo que pretendía es que el MINSA decidiera quienes eran los agentes de la medicina tradicional; decía el MINSA a través del CENSI se encargará de hacer una especie de censo y eso no es posible nosotros no podemos hacer un censo y preguntarle a una persona usted es o no es o ponerlo en una lista de chequeo y ver... usted estudio e hizo esto y esto y ya cualquiera que sea, aun la mejor de las condiciones, va contra la naturaleza misma de lo que es un sanador tradicional. El sanador tradicional es sanador en tanto es reconocido como tal por su pueblo no es porque estudio algo, yo puedo ser un médico antipático pero si tengo mi título soy médico, en el mundo amazónico o el mundo andino no es así, si yo veo que este no es sanador así me digan que practica desde hace veinte años no lo reconocen como sanador, no depende de una titulación, de una certificación, de valores individuales, si no de ser reconocido por la comunidad, entonces nuestra función era de que este reconocimiento de los agentes, de la medicina tradicional debería ser hecha por la propia comunidad y que luego de eso bueno sí, la comunidad organizada nos informaba quiénes son y nosotros podemos registrarlo, pero no era el MINSA el que tenía que hacerlo, el MINSA no podía decir convocatoria, suscripción para sanadores tradicionales que vengan acá con su documento eso no podía ser, tenía que ser un sanador reconocido por la comunidad, presentado por la comunidad y con competencia dentro de esa comunidad.

GAR: Y entre las oportunidades que se podrían aprovechar para acelerar este proceso político de salud e interculturalidad, cuáles podría señalar.

OS: La descentralización es una oportunidad y un reto. El trasladar las competencias a las regiones es un proceso, no tiene ni siquiera 10 años, esto de las competencias a las regiones, tenemos la segunda o tercera elección de presidentes regionales y es un proceso en el cual la verdad... No olvidemos que el Perú como país independiente tuvo como 25 presidentes en los primeros 50 años, revoluciones y pugnas mariscalistas y muchas cosas más, porque esperar que los gobiernos regionales se salten todo eso y de pronto lleguen a democracias perfectas y representativas con una total armonía con su comunidad en 5 años. Creo que es una gran oportunidad la descentralización, en la descentralización el foco no está en Lima sino en la región, ahora la región también puede caer en un centralismo regional, yo puedo estar como ocurre en otras zonas en Amazonas, o en Iquitos mismo y sucede lo mismo que pasa con el resto del territorio, pero sería un problema que debe resolverse regionalmente, en todo caso, es menos complejo resolver eso que resolver un centralismo desde Lima, entonces ha descentralizado también el problema de los regionalismos, yo creo que hay una gran oportunidad porque cada región tiene sus propios pueblos indígenas tienen sus propios problemas y sus propias demandas lo que si falta y creo que ha sido una de las consecuencias impensadas seguramente de este proceso... a nadie se le ocurrió y si a alguien se le ocurrió, no fue tomado en cuenta, es que no se ha logrado canalizar las demandas hacia la propias regiones que son las que tienen la posibilidad, en gran parte, de resolverla; las demandas se siguen canalizando hacia el gobierno central como si el gobierno central pudiera resolverlas cuando ya no está en sus manos resolverlas; por ejemplo, el que se dé mejor o mayor dotación a la atención de salud de los pueblos indígenas o los que atienden a los pueblos indígenas ya no dependen del gobierno central, depende del gobierno regional, que es el que decide si es que hace o no hace la posta, si contrata más gente y donde la coloca, todo eso ya está en competencia del gobierno regional desde hace años; sin embargo, cuando dicen este pueblo no tiene una posta que el MINSA lo resuelva, el MINSA no lo puede resolver, el MINSA no puede crear ni siquiera un botiquín en la región, el que la debe crear es la región, el ministerio no puede contratar ni siquiera al guachimán, todo lo tiene que hacer el gobierno regional, tiene el dinero, tiene la competencia y no puede entrar ahí el ministerio. Lo que da el MINSA para suplir

esta limitación es por ejemplo hacer programas de capacitación o hace intervenciones. El ministerio sea quedado con la labor de rectoría en general, por ejemplo dar la norma o la política de salud intercultural o la salud para los pueblos indígenas, indica que los gobiernos deberán tener una instancia que indica que se deberá respetar tales cosas, entonces todos los gobiernos locales, provinciales deberán seguir una política nacional y el poder ejecutivo tendrá competencias de seguir modificando esto y también te da el apoyo técnico-logístico para estas intervenciones, pero ya la ejecución misma tendrá que hacerlo las regiones, eso es muy claro. La descentralización es una gran oportunidad de acercar los reclamos y las demandas en un solo lugar, pero también es un reto porque significa romper con esta cultura de que todo está centralizado en Lima y que hay que reclamar en Lima y que hay que ir a Lima y que el ministerio x, y, o z es el que responde, ya no es así, salvo algunas competencias que están compartidas, como por ejemplo hacer un aeropuerto, no es que el gobierno regional decida, pero si puede proponerlo, pero finalmente quien toma la última decisión en concordancia con ellos es el gobierno nacional; pero en cosas más sencillas como donde hacer una escuela, donde hacer una posta a quien contrato, contrato más, contrato menos, hasta cuanto les pago, eso depende totalmente de la región.

GAR: Y sobre el presupuesto destinado a la política de salud intercultural ¿se maneja de manera descentralizada?

OS: La estrategia sanitaria [se refiere a la Estrategia Sanitaria nacional de Pueblos Indígenas] no moviliza recursos. Este año recién se ha incluido para el próximo presupuesto una partida y un fondo que esperemos que se apruebe. A nivel de las regiones, se ha trabajado con iniciativas locales o se ha trabajado con recursos de otros programas del mismo MINSA.

GAR: Hablando del MINSA, ahí hay una oficina técnica de Interculturalidad y Derechos Humanos en Salud, ¿no existe ahí una superposición de funciones?

OS: Si por supuesto. Esa es una unidad técnico funcional que es una especie de invención administrativa cuando no hay una estructura y está en Promoción de la Salud, la Dirección General de Promoción de la Salud es una de las direcciones más

jóvenes del MINSA, algunas otras estaban como oficinas y han pasado a ser Dirección General, Epidemiología por ejemplo; han cambiado de denominación de ser oficina ha pasado a ser Dirección General, en cambio, Promoción de la Salud no existía como tal, la Promoción de la Salud nace hace menos de 8 años, en la idea de que la promoción es la base de la nueva medicina y ya no es tanto la recuperación sino promover el estado de vida saludable, la idea no es mala, lo que pasa es que esa idea que es muy amplia, no tuvo una forma muy clara de aplicarla... ya muy bien somos la Dirección General de Promoción de la Salud y qué vamos a hacer: municipios saludables, escuelas saludables, familias saludables; pero en qué ha cambiado eso, sacan una red de municipios saludables ¿ha logrado algún cambio en que los municipios tengan que ver más con la salud?, escasos, ¿qué ha sucedido con las escuelas saludables? sigue siendo el ministerio de educación y el gobierno local el que decide o sea no ha habido una incidencia tal; y en uno de esos tantos caminos para entender cómo se maneja la promoción también desarrollaron un enfoque o perspectivas: el enfoque de género, el enfoque de derechos, muy bien, y el enfoque intercultural [y qué hicieron] pues juntémonos todos y hagamos una sola oficina unidad técnica de género, derechos humanos e Interculturalidad en salud, pero ellos ni investigan, ni hacen funciones, ni les corresponde hacer normas sobre salud intercultural, le corresponde hacer normas de promoción de la salud para todo el mundo. Y sacaron un documento de transversalización que es un saludo a la bandera, total en qué ha modificado la realidad sanitaria del Perú ese documento, en nada, a mí me parece sumamente peligroso que, a veces, por estos intentos de encontrar razón de funcionamiento a una unidad se comiencen a dar normas sin ton ni son y que no sirven para nada. El CENSI propuso que se dé el seguro de salud a los indígenas eso ha cambiado la vida de las personas que estaban acá, el CENSI propuso que se incorpore la pertenencia indígena en el registro de salud, lo que se ha sistematizado en una línea de base sobre la salud de los pueblos, no solamente por grupo etario, por género, como lo tenemos habitualmente, eso son cosas concretas, tenemos normas para proteger a los indígenas en aislamiento, cómo tratar eso... que es eso de transversalización del enfoque, es una cosa así abstracta, en qué interviene en la atención de salud de un indígena, en nada y ese es el ámbito por donde va; ahora hay una dotación de la Dirección General de Promoción de la Salud, que va cambiando de director en director: “si es mi rectoría yo voy a hacerlo”. Es

lamentable que algunos viejos vicios del MINSA continúen vigentes, el hecho de hacer documentos, hacer eventos con cocteles muy bonitos, muy sabrosos también, acabar con documentos, validaciones, gastar mucho dinero en eso pero no cambiar la vida a nadie, y eso me parece que es terrible. Supuestamente hay una superposición pero nosotros nunca hemos estado de acuerdo en que esa unidad exista, además junta perro, pericote y gato, el enfoque de género perfecto debería existir, el enfoque de derechos hace toda la acción de salud, y el enfoque intercultural también debía ser, digamos horizontal pero no es cuestión de que esos tres enfoques los juntemos en uno solo y hagan una especie de mezcla de cualquier cosa; algunas de ellos, son conflictivos el enfoque de género por ejemplo implica una igualdad que choca contra el enfoque intercultural en el hecho de que las propiedades culturales no indican esa horizontalidad ni esa equidad absoluta entre hombre y mujer; entonces qué... predomina mi enfoque de género y obligo a que haya un curaca hombre y un curaca mujer, obligo a que haya cuota de género, eso es obligarlos a modificar su cultura porque predomina el enfoque de género.

GAR: Y hay también algunas prácticas que atentan contra los derechos humanos.

OS: Eso también está muy bien definido no es un campo oscuro, ya los bio-eticistas, los académicos en ética, han dicho muy claro, los derechos humanos e interculturales es un tema ampliamente recorrido y discutido y se ha llegado a la conclusión de que es consenso que los derechos humanos se aplican a todo el mundo, si muy bien, pero en caso de haber un conflicto entre derechos humanos y derechos culturales, bueno los derechos humanos predominan en caso de que pongan en peligro los derechos fundamentales, la vida, la salud qué se yo; pero en otras cosas no, no hay que predominar los derechos culturales, es decir, si en una cultura se indica que el hombre tiene un rol y la mujer otro rol y eso va contra el enfoque de derecho de género esa cultura predomina, esa es su cultura y ellos verán cuando cambian y cómo cambian, otra cosa es el infanticidio eso es una práctica cultural pero no se debe poner en peligro la vida y la salud, mutilaciones genitales, eso no se puede permitir porque es un derecho fundamental, cualquier práctica contra la vida y la salud ahí predominan los derechos humanos, pero en lo social no, qué tal si en esa cultura

solamente puede haber chamanes varones, no se aceptan mujeres; ah no acá tiene que haber cotación, la mitad tiene que ser hombres y la otra mitad mujeres eso es...

GAR: Como en la iglesia católica, solo los varones pueden ser sacerdotes.

OS: Eso es un aspecto religioso. Pero ahí predomina una fe religiosa, ahí no se sobreponen los derechos humanos, cuando hay un conflicto cultural eso implica lo religioso por ejemplo, solamente predomina cuando afecta la vida o la salud, sino subsiste la práctica religiosa, cultural, etc.

GAR: Lo decía porque muchas culturas ven en el aspecto religioso una forma de sanación. Y en Perú hay una fuerte visión religiosa. Bueno, aparte de los desafíos y oportunidades que ha señalado podría haber alguno más.

OS: Creo que estamos en una etapa de maduración del tema de interculturalidad en el país, tenemos ya un avance teórico notable más que en otros países, una realidad conceptual más que la de otros países del ámbito andino, se reconoce el pensamiento intercultural y los avances que tenemos en otros países, de hecho se nos solicita cooperación técnica en otros países: El Salvador, Argentina... y eso creo está bien, pero por otra parte también la creación del Ministerio de Cultura y del Viceministerio de Interculturalidad es una gran oportunidad, porque se tiene un ente rector que a diferencia de CONAPA, INDEPA que en su momento fueron ese intento pero fracasaron, ya tiene una estructura más clara, ya es una institución tenemos un ministerio y un viceministerio, una estructura donde uno pueda actuar, donde hay competencias a nivel gerencial, es una gran oportunidad hasta ahora no totalmente aprovechada, hasta ahora creo yo se han agotado y tienen una especie de autocomplacencia muy grande, muestran como un gran éxito el haber hecho un reglamento de consulta previa, es un reglamento en el cual AIDSESEP... que yo no creo que represente al 2% de la población amazónica, la relación que tenemos nosotros con AIDSESEP, yo no sé si representara 1 o 2%, pero tiene una capacidad de convocatoria muy grande.

GAR: Creo que Tavera se refería al número de étnias que conforman AIDSESEP. Algo más que añadir al respecto.

OS: Estamos en una etapa expectante de la realidad en salud, creo que va a haber notables cambios en los próximos años.

GAR: ¿Considera que se podría dar los hospitales interculturales o esta idea que tiene el Seguro Social de tener Medicina Alternativa en su atención?

OS: Ya lo tiene pero eso es una cosa totalmente distinta, la medicina alternativa se refiere a la medicina tradicional china, acupuntura, homeopatía, son cosas totalmente distintas a nuestra visión, en los Centros de Atención Complementaria que se llaman así del Seguro Social han partido de la practicidad intercultural de culturas externas al país, pero ellos pretenden que es una sola cosa la medicina tradicional y la medicina alternativa y nosotros estamos totalmente en desacuerdo, la medicina tradicional es la que está arraigada en las culturas existentes en nuestro país, y son la parte superestructural de un problema estructural, la existencia de distintas culturas dentro de un mismo territorio; en cambio, la medicina alternativa corresponde a la existencia en el mundo de muchas formas de curar, de muchas formas de sanar y hay que utilizarlos porque son muy buenas, pero no tiene que ver con... para practicar acupuntura no tengo que comprender la cultura china, para utilizar homeopatía no tengo que comprender la mentalidad de Hahnemann que era un alemán, no tiene nada que ver, solo es una técnica, es muy distinto a la medicina tradicional que es practicada de una manera, entonces no estamos de acuerdo en que sea lo mismo medicina tradicional que medicina complementaria, los hechos del seguro hasta ahora siempre se han dado en el campo de la medicina alternativa y complementaria; aunque dicen que practican el uso de nuestra planta, si es verdad, pero lo practican como herbolaria, usan la planta tal para tal cosa, lo usan como herbolaria en general, ellos si están haciendo desde una perspectiva aún escasa lo que nosotros, y nadie cree tener lo correcto, la asimilación; es decir, no están fomentando la cultura andina, están sacando lo que pueden de ella para utilizarla en beneficio del paciente en tratamientos hospitalarios, no hay ni un solo chamán que atienda en el seguro social, no hay una sola partera tradicional, no hay, lo que hay es saber que sabe y esta planta la mamanripa sirve para esto, y esta para esto otro, que bien, igual para que sirve esta

y esta otra, que es china o africana o cualquier otra, es muy distinto. Yo no creo que en un futuro cercano se den estas articulaciones a través de un hospital intercultural, y también tengo una opinión muy crítica al respecto, creo que lo que ocurre en Ecuador y en Bolivia son más escenografía que cosas reales, se presta mucho para la foto poner ahí al chaman con su vestimenta y poner junto a una persona de la cultura occidental y esta es la articulación, la articulación es el respeto entre sistemas, es eso, no es el hecho de que... yo puedo tomarme una foto junto a un indígena y tener un profundo desprecio por su cultura. La cultura tradicional, la medicina tradicional tienen formas de ejercerse, meterse en un hospital, habiendo hospitales indígenas, no, el indígena va a un sitio y ahí vienen la cura donde él así es, y eso es lo que percibe la comunidad es otra cosa, si algún día ellos, evolucionan a hacer centros hospitalarios que bien, pero eso de decirles sal de tu hábitat de tu forma habitual y ven acá y te voy a hacer un consultorio con una escenografía intercultural para que parezcas lo que realmente eres.

GAR: Como lo que pasó con las casas de espera que era más escenografía

OS: En otros casos ha sido útil porque ha permitido dado ciertas variantes de que la gente pueda estar 4 o 5 días antes y esperar el momento [del parto], pero otros casos ha sido escenografía.

GAR: ¿Cómo ve Ud. la interculturalidad de aquí a unos diez años en el Perú?

OS: Yo creo que de acá a 10 años se verán los cambios que se están gestando van a mandar y por lo tanto tendremos un mayor empoderamiento de los pueblos indígenas con respecto a su identidad cultural, formando parte de la interculturalidad.

GAR: Es optimista

OS: Si soy optimista, yo creo que las cosas han cambiado y aceleradamente, tenemos acá un centro nacional de salud intercultural que ha girado del estudio de las plantas medicinales hacia el tema de la interculturalidad que es mucho más abstracto hasta el hecho mismo de que algunas unidades, el mismo ministerio, lo vea como una fruta apetitosa el tema de la interculturalidad y políticamente viable, correcto o interesante.

GAR: Lo ven también como una moda

OS: Lo ven como algo apetitoso en todo caso que les parece algo que es bueno. Quince años atrás, nadie hubiera querido tratar este tema sería un apestado, ahora se la quiere disputar, la ven como algo apetitosa, o moda pero eso permite que se pueda avanzar adecuadamente.