



Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Dirección General de Estudios de Posgrado
Facultad de Ciencias Sociales
Unidad de Posgrado

**El proceso de incorporación de la medicina tradicional
y alternativa y complementaria en las políticas oficiales
de salud**

TESIS

Para optar el Grado Académico de Magíster en Antropología

AUTOR

Carlos Francisco EYZAGUIRRE BELTROY

ASESOR

Rommel Humberto PLASENCIA SOTO

Lima, Perú

2016



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Eyzaguirre, C. (2016). *El proceso de incorporación de la medicina tradicional y alternativa y complementaria en las políticas oficiales de salud*. [Tesis de maestría, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Ciencias Sociales, Unidad de Posgrado]. Repositorio institucional Cybertesis UNMSM.

0141



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
 Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA
 FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
UNIDAD DE POSGRADO

**ACTA PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE
 MAGÍSTER EN ANTROPOLOGÍA**

2
11(r)
148

En Lima, a los veintiún días del mes de octubre del año dos mil dieciséis, reunidos en la Sala de Grados de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, a horas 2:00 p.m., bajo la Presidencia del Dr. PEDRO MAGUÍN JACINTO PAZO y con la concurrencia de los demás Miembros del Jurado Examinador, se inició el acto académico invitando al graduando **CARLOS FRANCISCO EYZAGUIRRE BELTROY**, para que realice la sustentación de su Tesis para optar el Grado Académico de Magíster en Antropología, titulada:

no va a ser (cosa)

“EL PROCESO DE INCORPORACIÓN DE LA MEDICINA TRADICIONAL Y ALTERNATIVA Y COMPLEMENTARIA EN LAS POLÍTICAS OFICIALES DE SALUD”

A continuación fue sometido a las objeciones por parte del Jurado. Terminada esta prueba y verificada la votación; se consignó la calificación correspondiente a:

C BUENO 16

Por cuanto, el Jurado, de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos, acordó recomendar a la Facultad de Ciencias Sociales para que proponga que la Universidad Nacional Mayor de San Marcos otorgue el Grado Académico de Magíster en Antropología, al Bachiller **CARLOS FRANCISCO EYZAGUIRRE BELTROY**, Siendo las 3:00 p.m. y para constancia dispuso se extendiera la presente Acta y firmaron:

Dr. Pedro Maguín Jacinto Pazo.
 PRESIDENTE

Mg. Jorge García Escobar.
 MIEMBRO

Dr. Enrique Herrera Sarmiento.
 MIEMBRO

Mg. Hernán Cornejo Velásquez.
 MIEMBRO

Mg. Rommel Humberto Plasencia Soto.
 ASESOR



D. NICOLÁS JAVIER LYNCH GAMERO
 DIRECTOR

Página de dedicatoria y agradecimiento

Dedico esta tesis a Mara y Juan Diego, mis *niñitos*, y a Karla, por su paciencia.

A mis padres, quienes me apoyan en todo y en todo momento.

A dos médicos humanistas sanmarquinos para mí notables. Uno de ellos, Eugenio Beltroy Patrón+, mi abuelo, que con el ejemplo hizo del ejercicio de la medicina un verdadero compromiso con el arte de curar. El otro, Fernando Cabieses Molina+. Junto a su viuda Carmela me honraron en diversos momentos con su hospitalidad. Ambos compartieron conmigo parte de su inmensa sabiduría.

A Lucho Repetto, por su invaluable amistad, apoyo profesional y por mostrarme el valor de los conocimientos tradicionales o patrimonio cultural inmaterial.

A mis amigos del desaparecido Instituto Nacional de Medicina Tradicional (hoy Centro Nacional de Salud Intercultural) les agradezco por haberme dado la oportunidad de compartir aprendizajes y muchos estímulos para desempeñarme profesionalmente.

Pero esta investigación tampoco hubiera sido posible si no hubiera contado con el apoyo de todas aquellas personas que de una u otra manera dedicaron parte de su tiempo a colaborar conmigo en la culminación del proyecto de tesis. Por ello quiero agradecer a los colegas, médicos y terapeutas que entrevisté y me orientaron; a los pobladores de las comunidades visitadas y que mantienen la esperanza de mejorar su calidad de vida; a mis colegas Blanca Guerra, Mariella González y Pedro Bernuy, quienes me ayudaron a conseguir y a sistematizar parte de la bibliografía empleada en esta tesis.

A Raúl Rosales y Marita Salas por ser tan buenos amigos. A mi asesor, el doctor Rommel Plasencia Soto, por sus valiosos comentarios y aportes al documento.

Índice general

Contenido

Página de dedicatoria y agradecimiento.....	i
Índice general.....	ii
Lista de cuadros	v
Mapa.....	vi
Lista de siglas.....	vii
Resumen con palabras clave o descriptores en una sola página.....	x
Resumen traducido al idioma inglés	xi
CAPÍTULO 1.....	1
INTRODUCCIÓN	1
1.1. Situación problemática.....	2
1.2. Formulación del problema	6
1.3. Estado de la cuestión, antecedentes e importancia de los estudios en antropología de la salud.....	6
1.4. Justificación práctica.....	19
1.5. Objetivos	20
1.5.1. Objetivo general.....	20
1.5.2. Objetivos específicos	21
1.6. Hipótesis general.....	21
CAPÍTULO 2.....	23
MARCO TEÓRICO.....	23
2.1. Marco filosófico o epistemológico de la investigación.....	24
2.1.1. La antropología médica crítica.....	24
2.1.2. El pluralismo médico	25
2.1.3. La interculturalidad en salud.....	32
2.1.4. Sobre los conceptos de medicina tradicional, alternativa y complementaria	36

CAPÍTULO 3.....	38
METODOLOGÍA.....	38
3.1. Diseño de la investigación.....	38
3.2. Población y muestra.....	40
3.3. Técnicas e instrumentos para la recolección de información.....	41
3.3.1. Entrevistas.....	41
3.3.2. Observación participante.....	42
3.3.3. Trabajo de campo.....	42
3.3.4. Indagación bibliográfica.....	46
3.3.5. Procedimiento de análisis de información.....	46
CAPÍTULO 4.....	48
LOS CENTROS DE SALUD COMO ESPACIO DE.....	48
(DES)ENCUENTROS INTERCULTURALES.....	48
4.1 Comunidad Nativa de Puerto Galilea.....	50
4.2 Centro Poblado de Kiteni.....	56
4.3 Comunidad Nativa de Guayabal.....	58
4.4 Comunidad Nativa de San Cristóbal.....	66
4.5 Comunidad Nativa de José Olaya.....	70
4.6 Comunidad Nativa de Sepahua.....	72
4.7 Comunidad Nativa de Alto Tuntus.....	75
4.8 Obenteni, Macheperiari, Mañarini, Chaquitaha (comunidades de la zona del Gran Pajonal).....	78
4.9 Comunidad Nativa de Camisea.....	80
4.10 Comunidad Nativa de Canaán de Cachiyacu.....	88
4.11 Comunidad Nativa de Nuevo Sucre.....	91
CAPÍTULO 5.....	96
EL LARGO Y SINUOSO CAMINO DE LA INCORPORACIÓN DE LA MEDICINA TRADICIONAL, ALTERNATIVA Y COMPLEMENTARIA EN EL SISTEMA OFICIAL DE SALUD.....	96

5.1	El proceso de incorporación de la medicina tradicional, alternativa y complementaria desde el sistema oficial de salud	97
5.1.1	La medicina tradicional en el contexto de las políticas oficiales de salud en el mundo.....	97
5.1.2	La medicina tradicional en el sistema oficial de salud en el Perú: los antecedentes institucionales	107
5.2	Creación del Instituto Nacional de Medicina Tradicional (INMETRA)..	112
5.2.1.	Iniciativas legales para lograr el reconocimiento de la medicina tradicional (1995-2001).....	117
5.2.2.	El trabajo con parteras.....	119
5.2.3.	El INMETRA y las comunidades nativas amazónicas.....	121
5.3	El Centro Nacional de Salud Intercultural (CENSI).....	122
5.3.1.	Iniciativas legales para formalizar la medicina tradicional, alternativa y complementaria (2001-2011).....	129
5.4	La medicina alternativa y complementaria en el sistema oficial de salud	131
5.5	Colegio Médico del Perú y la medicina tradicional, alternativa y complementaria	143
5.6	Planes de estudios de medicina tradicional, alternativa y complementaria en las facultades de ciencias de la salud.....	144
5.7	Las iniciativas en salud intercultural desde las organizaciones indígenas: el caso del Programa de Salud de AIDSESP.....	147
	CONCLUSIONES	154
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	158
	ANEXOS	164
	ANEXO 2.....	170
	ANEXO 3.....	172
	ANEXO 4.....	174

Lista de cuadros

<i>Cuadro 1.</i> Comunidades nativas visitadas en trabajo de campo.....	43
<i>Cuadro 2.</i> Profesionales de salud entrevistados vinculados al tema de la MT y/o MAC.....	45
<i>Cuadro 3.</i> Resumen del registro etnográfico de las comunidades nativas visitadas en trabajo de campo.....	94
<i>Cuadro 4.</i> Consideraciones en torno a la medicina tradicional para integrarla al sistema oficial de salud.....	99
<i>Cuadro 5.</i> Fuentes explicativas sobre algunas medicinas alternativas y complementarias.....	137
<i>Cuadro 6.</i> Cursos de medicina tradicional, alternativa y complementaria en centros de enseñanza superior.....	146
<i>Cuadro 7.</i> Plan de estudios intercultural de la carrera de enfermería técnica del Instituto Superior Tecnológico de Atalaya.....	150

Mapa

Distribución geográfica de las comunidades nativas visitadas.....	44
---	----

Lista de siglas

- AIDSESEP: Asociación Interétnica de Desarrollo de la Selva Peruana
- AISPED: Atención Integral de Salud para Poblaciones Excluidas y Dispersas
- CCP: Confederación Campesina del Perú
- CENSI: Centro Nacional de Salud Intercultural
- CMP: Colegio Médico del Perú
- CNA: Confederación Nacional Agraria
- CONACAMI: Confederación Nacional de Comunidades del Perú afectadas por la Minería
- CONAP: Confederación de Nacionalidades Amazónicas del Perú
- CORPI-SL: Coordinadora Regional de los Pueblos Indígenas de San Lorenzo
- CVR: Comisión de la Verdad y Reconciliación
- DESSAI: Desarrollo de los Sistemas de Salud Indígena
- DIRESA: Dirección Regional de Salud
- DISA: Dirección de Salud
- EDAS: Enfermedades Diarreicas Agudas
- ESAN: Escuela Superior de Administración de Negocios
- FENAMAD: Federación Nativa del río Madre de Dios y Afluentes
- INMETRA: Instituto Nacional de Medicina Tradicional
- INSIA: Instituto Nacional de Salud Indígena Amazónica
- IPSS: Instituto Peruano de Seguridad Social
- IRA: Infección Respiratoria Aguda
- MAC: Medicina Alternativa y Complementaria

MINSA: Ministerio de Salud

MONARCAS: Movimiento Nacional para el Replanteamiento Científico del Sida.

MT: Medicina Tradicional

OAGP: Organización Asháninka del Gran Pajonal

OIRA: Organización Indígena Regional de Atalaya

OIT: Organización Internacional del Trabajo

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONAMIAP: Organización Nacional de Mujeres Indígenas Andinas y Amazónicas del Perú

ONU: Organización de Naciones Unidas

OPS: Organización Panamericana de la Salud

ORAI: Organización Regional Aidesep de Iquitos

ORAU: Organización Regional Aidesep de Ucayali

ORDECONADIT: Organización de Desarrollo de las Comunidades Nativas del distrito de Tahuanía

PEPISCO: Proyecto Especial Plan Integral de Salud del río Corrientes

PSI: Proyecto de Salud Indígena

SENASA: Servicio Nacional de Sanidad y Calidad Agropecuaria

SIS: Seguro Integral de Salud

SPEMAC: Sociedad Peruana de Medicina Alternativa y Complementaria

UGEL: Unidad de Gestión Educativa Local

UNCA: Unión Nacional de Comunidades Aymaras

UNICEF: Fondo para la Infancia de las Naciones Unidas

USAID: Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo

VIH: Virus de Inmunodeficiencia Adquirida

Resumen con palabras clave o descriptores en una sola página

La presente tesis tiene por finalidad abordar el proceso de incorporación de la medicina tradicional, alternativa y complementaria en el sistema oficial de salud en nuestro país desde los aportes teóricos de la antropología de la salud y desde la metodología cualitativa a partir de la cual se busca una aproximación a los aspectos subjetivos de los profesionales de la salud y agentes de medicina tradicional y de la medicina alternativa y complementaria.

Palabras clave: antropología de la salud, medicina tradicional, alternativa y complementaria, políticas de salud.

Resumen traducido al idioma inglés

The present thesis aims to address the process of incorporating traditional, complementary and alternative medicine on the official health system of our country from the theoretical contributions of anthropology of health and the qualitative methodology from which I seek to introduce myself in the subjective aspects of health professionals and agents of traditional, complementary and alternative medicine.

Keywords: anthropology of health, traditional medicine, alternative medicine, complementary medicine, health policies.

CAPÍTULO 1

INTRODUCCIÓN

La idea de elaborar este documento como parte de mis estudios de maestría surge de la pretensión de querer sistematizar mi experiencia como profesional en el sector salud, específicamente en el desaparecido Instituto Nacional de Medicina Tradicional (INMETRA) y posteriormente en el Centro Nacional de Salud Intercultural (CENSI). En estas instituciones y compartiendo el tiempo con mis estudios me tocó realizar mis primeros trabajos de campo en comunidades nativas, aprender en el “terreno de los hechos” y poner en práctica lo asimilado en las aulas, así como interactuar con profesionales de la medicina y colegas muy experimentados y de alta sensibilidad social. Una segunda motivación viene dada por explicitar el aporte puntual que podemos hacer los antropólogos en el ámbito de salud, y esto como respuesta a las repetidas críticas que durante mi ejercicio laboral he tenido la oportunidad de escuchar acerca de la utilidad de nuestra profesión en dicho ámbito.

En las páginas que siguen describo de manera concreta la situación problemática que deseo investigar y señalo las principales corrientes de pensamiento vinculadas a la antropología de la salud, junto a una variedad de temas que se podrían estudiar desde esta subdisciplina. No puedo dejar de mencionar los aportes que destacados médicos y antropólogos peruanos y extranjeros han realizado al estudio de la medicina tradicional andina y amazónica. A continuación expongo los objetivos y las hipótesis que han guiado este estudio e incluyo unas breves líneas de lo que el lector encontrará en los capítulos siguientes.

1.1. Situación problemática

La importante presencia de prácticas médicas en la vida cotidiana de la mayoría de pueblos del mundo distintas a las del sistema oficial de salud de marcada influencia occidental siempre ha motivado la preocupación de algunos estudiosos de las ciencias sociales y de la salud por comprender los fundamentos y características de dichas prácticas.

En este sentido, se puede establecer una diferenciación cronológica en los estudios de “antropología de la salud”: aquellos realizados desde fines del siglo XIX y comienzos del siglo XX hasta antes de la Segunda Guerra Mundial, y aquellos realizados después de esta. En la primera etapa, el recojo de información acerca de las prácticas médicas (en continentes colonizados) forma parte del conjunto de aspectos que se necesitaba conocer o registrar y que eran luego ponderados para los fines específicos de la dominación colonial. En la segunda etapa, posterior a la Segunda Guerra Mundial, los estudios sobre la salud se ven influenciados por los drásticos cambios que produjo este conflicto tanto en términos epidemiológicos como sociales y culturales, pero ya en ámbitos más urbanos que rurales. En esta etapa, los estudios en antropología de la salud tienen una marcada orientación utilitarista o aplicada hacia la salud pública y en “beneficio” del sistema médico occidental. Los factores culturales irían ingresando lentamente a estos estudios.

Por otra parte, la creación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el seno de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), como entidad rectora de las políticas de salud en los países signatarios, influyó en la creciente incorporación de la denominada medicina tradicional al sistema oficial de salud, en tanto este no era capaz de llegar a todos los rincones de los países ni de solucionar los problemas de salud aun aumentando su cobertura u oferta. Apareció el término “barreras culturales”, que desde el sistema médico oficial expresaba tal situación y, por lo tanto, correspondía encontrar las estrategias para franquear dichas barreras.

En 1974 el entonces director de la OMS, Halfdan Mahler, sostuvo que había que utilizar todos los recursos posibles, incluso a los “curanderos” y “comadronas” tradicionales, para enfrentar los problemas que acontecen con relación a la salud del hombre como individuo y como ser social. Esta opinión expresaba las dificultades y limitaciones de la medicina occidental en los países denominados “subdesarrollados” (Guerra, 1976).

La reacción en ese momento, por parte de los representantes de la medicina oficial frente a las declaraciones del director de la OMS, no se hizo esperar. Al decir de la mayoría de sus representantes, *solamente los médicos debidamente graduados podían responder a los problemas de salud de la población en todo el mundo* (cursiva nuestra). (Ibídem).

Como se ha señalado anteriormente, el director de la OMS se estaba refiriendo, sobre todo, a los países “subdesarrollados”, en los que se sugería que, en el nivel de atención primaria, se debía *integrar* al curandero como *auxiliar* del médico (cursiva nuestra). Esto colocaba a la medicina oficial en un dilema puesto que, por un lado, se demostraban sus limitaciones asistenciales y, por el otro, se llevaba a un primer plano de validez y trascendencia a las “otras medicinas” y a sus representantes.

En 1978 se realiza, en la ciudad de Alma Ata (Rusia), la XXX^a Asamblea General de la Organización Mundial de la Salud sobre Atención Primaria de Salud, en la cual se reconoce la importancia de la medicina tradicional y la necesidad de *integrarla al sistema oficial de salud en las zonas rurales* (cursiva nuestra). Esta iniciativa debía lograr como fin principal la “Salud para Todos en el año 2000”.

En este contexto, la promoción de la *integración* de la medicina tradicional al sistema oficial de salud se basa en el supuesto o certeza de que grupos culturalmente distintos (los indígenas sobre todo) mantienen creencias y prácticas en relación a la salud y a la enfermedad que *dificultan la difusión del sistema oficial y que la situación de pobreza extrema les impide acceder a tratamientos provenientes de la medicina occidental* (cursiva nuestra); por lo tanto, condiciones culturales y económicas se esgrimen como razones para que las poblaciones indígenas sigan recurriendo a sus propios agentes de salud, las que obviamente son condiciones que habría que cambiar.

Las directivas que posteriormente emanan de los documentos de la OMS instan a los países miembros a capacitar recursos humanos provenientes de la medicina tradicional y de sus elementos terapéuticos.

Desde 1978 la OMS viene impulsando la promoción, integración y articulación de la medicina tradicional en las políticas oficiales de salud, sobre todo a nivel de la atención primaria y en países considerados subdesarrollados de África, Asia y América. En este último continente los avances son desiguales y las limitaciones son muchas.

El Perú cuenta con una vastísima bibliografía etnográfica y antropológica que aborda el tema de la medicina tradicional y hoy en día existen, por parte de los representantes de los diversos sistemas médicos en nuestro país, una apertura y un mayor “rango de tolerancia” hacia “los otros” sistemas médicos, lo que se refleja en el hecho de que una persona puede combinar diversos tratamientos provenientes de sistemas médicos distintos con el objetivo de recuperar su salud (proceso que se conoce como pluralismo médico o asistencial). No obstante ello, son pocos los estudios que abordan el pluralismo médico o asistencial pero sí hay interés por parte del Estado de incorporarlo en el sistema oficial, así como el de los profesionales de la salud por practicar la medicina alternativa y complementaria, y conocer aspectos de la medicina tradicional, sobre todo lo relacionado a las propiedades terapéuticas de las plantas medicinales.

Esta apertura ha estado acompañada de la relativa influencia de las ciencias sociales en general y de la antropología de la salud en particular en nuestro contexto, las que a partir de sus investigaciones han puesto énfasis en las condiciones sociales y culturales de la salud de las poblaciones, sobre todo de las consideradas como indígenas (comunidades campesinas y nativas).

No obstante lo señalado anteriormente, *las políticas de salud enfrentan dificultades al momento de ser implementadas “en contextos culturalmente diversos” como el peruano* (cursiva nuestra). Las causas que suelen argumentarse van desde las limitaciones presupuestarias hasta las barreras geográficas y barreras culturales “del otro”, pero no se profundiza en las “barreras culturales” de los representantes de la medicina oficial (para nuestro estudio la medicina occidental) o en las estrategias sobre las cuales descansa la hegemonía del sistema oficial. A este panorama se suma la

considerable población indígena en nuestro país, cuyos conceptos de salud, enfermedad, procesos curativos y prácticas terapéuticas mantienen vigencia, pero descansan en cosmovisiones distintas a la medicina oficial. Así, “los desencuentros” en los sistemas de salud pretenden ser superados a través de la implementación de políticas interculturales en salud que en nuestro país ya llevan algún tiempo mediante diversas iniciativas.

En este sentido, nuestra investigación pretende ser un abordaje desde la perspectiva de la antropología médica crítica hacia el modelo de salud occidental, tomando como referencia los “otros” modelos de salud y los problemas de integración y/o articulación. Consideramos que uno de las cuestiones por superar es la de la *relación intercultural* que se presenta entre los representantes de la salud oficial, los representantes de la medicina tradicional y los representantes de la medicina alternativa y complementaria, pero también entre los profesionales de la salud oficial y la población que asiste a los establecimientos de salud donde estos prestan sus servicios. Esta *relación intercultural*, de alto contenido subjetivo, está muy marcada por estereotipos, prejuicios y diversas situaciones de discriminación y descalificación mutua que impiden la adecuada implementación de la política intercultural en salud.

Cabe recordar que la integración y/o articulación de los sistemas médicos es, por lo menos, algo deseado si tomamos en cuenta el discurso médico oficial formal que se refleja en los instrumentos normativos y/o de gestión en salud. Por otro lado, los centros o postas de salud en comunidades nativas ofrecen una oportunidad para observar las dimensiones subjetivas de las relaciones interculturales que señalamos anteriormente y que descansan en lógicas de poder.

Por ello es que esta investigación se apoya en el trabajo de campo realizado en diversas partes del país, especialmente en comunidades nativas y en los centros de salud de las comunidades seleccionadas, que es donde consideramos que la *relación intercultural* ofrece elementos o situaciones problemáticas que deben tomarse en cuenta en la elaboración de una política de salud intercultural. Nos apoyamos también en diversas entrevistas realizadas a funcionarios públicos y representantes destacados de la medicina tradicional y de la medicina alternativa y complementaria, que las vienen ejerciendo desde hace ya un buen tiempo.

1.2. Formulación del problema

Considerando el acápite anterior y que desde la década de los setenta existe un contexto adecuado para la implementación progresiva de políticas públicas en salud que aborden la diversidad cultural en nuestro país, cabe preguntarse lo siguiente:

¿Cómo ha influido el concepto o enfoque de interculturalidad en la práctica del profesional de salud, dada la existencia de diversos sistemas médicos en nuestro país?

Y de manera particular:

¿Cuáles son las dificultades observables en determinados centros de salud que se ubican en comunidades nativas desde el punto de vista de la relación intercultural?

1.3. Estado de la cuestión, antecedentes e importancia de los estudios en antropología de la salud

En este acápite ponemos de relieve la importancia que adquieren los estudios de la antropología en salud y cómo estos pueden aportar a la comprensión de los problemas relacionados con la salud pública. En nuestro país observamos que uno de los temas más estudiados es la medicina tradicional dando cuenta de los diversos aspectos que la componen, casi siempre desde un enfoque que podríamos calificar como “funcionalista”, con lo que poco se ha incidido en las “interrelaciones” de prácticas, de saberes, de poder, etc. entre sistemas médicos, que es uno de los aspectos que pretendemos destacar en nuestra investigación.

Solo para tener una idea de lo importante que podría ser la antropología de la salud en contextos como el nuestro, siguiendo a Treviño-Siller (s/f) señalamos un conjunto de temas que podrían ser tomados en cuenta en el campo de las políticas de salud pública:

- El desarrollo de los sistemas de conocimiento médico y asistencia médica.
- Las relaciones médico-paciente.
- La integración de sistemas médicos alternativos en ambientes culturalmente diversos.
- Las interacciones entre factores biológicos, ambientales y sociales que influyen en salud y enfermedad tanto en el individuo como en niveles de comunidad.
- Los impactos de la biomedicina y de las tecnologías biomédicas en culturas no occidentales.
- Los itinerarios terapéuticos.
- La difusión de las medicinas alternativas en contextos, sobre todo, urbanos.
- La medicina casera, la autoatención, etc.
- El diseño y evolución de estudios, investigaciones, programas e intervenciones cuantitativos y cualitativos.
- La promoción de la salud en la población y la sensibilización del personal de salud en sus diversos niveles, considerando los diferentes actores, sus percepciones, necesidades y contexto sociocultural.
- Capacitación y docencia a personal de salud e investigadores en salud.

Por otra parte, y considerando la segunda etapa –es decir, aquella posterior a la Segunda Guerra Mundial–, podemos señalar que se configuraron diversos aportes y corrientes de pensamiento, así como la elaboración de literatura significativa al interior de la antropología de la salud, tal como señala Weisner (1998):

1. Diversos estudios de antropólogos que trabajaron en programas transculturales y de salud pública se efectuaron principalmente en Latinoamérica y corresponden a Adams (1953), Erasmus (1952), Foster (1952), Simmons (1954), Kelly (1956) y Saunders (1954).
2. Benjamin Paul contribuye con la antropología aplicada a la salud pública mediante su libro *Salud, cultura y comunidad* (1955), en donde ve a la cultura como un sistema y al sistema médico como un subsistema, existiendo una compleja interacción entre ambos en relación con el cambio.

3. Alexander Alland escribe *Adaptación en la evolución cultural: un acercamiento a la antropología médica* (1970), dando inicio a futuros trabajos que descansan en la perspectiva de la denominada “medicina ecológica”. En esta obra señala que la antropología médica puede servir como el nexo principal que une a la antropología física con la antropología cultural. Con posterioridad este enfoque ha sido denominado ecología médica o epidemiología social, dentro del cual la salud es vista como una medida de la adaptación al medio ambiente, y los niveles de salud del grupo social reflejan la naturaleza y calidad de las relaciones dentro del grupo, con los grupos vecinos y también con plantas y animales del hábitat.
4. El aporte del psicoanálisis a la antropología médica consiste en la interpretación de los sistemas culturales y de sus sistemas médicos. Además, ha ofrecido una comprensión adicional al quehacer de la antropología médica al mostrar el interjuego de los factores conscientes, preconscientes e inconscientes en todas las áreas de las operaciones mentales y la acción. Para los antropólogos médicos psicoanalíticos el mundo externo es importante pero siempre interactúa con el mundo interno, influenciando la emoción, la percepción y la estructura mental (Stein).

En un intento por clasificar los paradigmas en antropología médica, Byron Good (1994) identificó los siguientes:

1. El paradigma biológico empiricista: este modelo ayuda a explicar las relaciones entre el proceso evolutivo y la variación genética humana, los diferentes modos en que los humanos son susceptibles o resistentes a la enfermedad y a otras influencias ambientales, así como a las relaciones con la cultura y el medio ambiente.
2. El paradigma ecológico: este enfoque subraya que el medio ambiente total de los humanos incluye los productos de su actividad junto a los fenómenos naturales, y que la salud se ve influida por todos los aspectos de la ecología humana. Se basa en los principios de ecosistema y homeostasis. En este sentido, las innovaciones culturales y tecnológicas alteran estos principios.

Dentro de este paradigma se encuentran la ecología médica, la ecología cultural y la ecología política.

3. La teoría cultural interpretativa: es representada por Arthur Kleinmann y se centra en el significado de la enfermedad como sistema explicativo; es decir, la enfermedad pertenece a la cultura, en particular a la cultura especializada de la medicina. La enfermedad es cognoscible tanto por los que la padecen como por los sanadores, pero solo a través de un conjunto de actividades interpretativas que incluyen la interacción con la biología, las prácticas sociales y marcos significativos culturalmente constituidos.
4. El paradigma de la antropología médica crítica: el de más reciente aparición en la subdisciplina. Analiza cómo las diferencias en el poder moldean los procesos sociales, incluyendo la investigación en antropología médica. Los antropólogos médicos críticos piensan que las ideologías dominantes y los patrones sociales en el cuidado médico están íntimamente relacionados a ideologías hegemónicas y a patrones externos a la biomedicina. También se ocupa de la salud, tanto en las sociedades indígenas como en las precapitalistas, en las capitalistas y en aquellas de orientación socialista. Entiende los problemas de salud dentro del contexto de fuerzas políticas y económicas que la circundan, hace conexiones entre el macronivel del mundo capitalista y el micronivel de las creencias de los pacientes acerca de la enfermedad y sus experiencias con esta. Enfatiza la inexistencia de una ciencia libre de valores y recomienda tener el dato más fidedigno posible para efectuar una precisa síntesis teórica, con el fin de que la práctica resultante de la investigación pueda ser útil en cambiar las condiciones opresivas y aliviar al sufriente.

Además, también es posible destacar otros dos paradigmas:

1. El paradigma etnomédico: estudia cómo los diferentes grupos humanos organizan sus ideas sobre las enfermedades y los modos de afrontarlas. Se centra en prácticas curativas, comparación de sistemas médicos, modelos explicativos de la salud y la enfermedad, comportamientos de búsqueda de la salud y eficacia de los sistemas médicos.

2. El paradigma aplicado: se preocupa de la aplicación de la teoría y los métodos antropológicos para resolver problemas sanitarios en entornos clínicos, asistencia sanitaria, seguimiento de tratamientos médicos, salud pública, etc.

Finalmente, la significativa producción etnográfica y antropológica en nuestro país da cuenta del interés por estudiar uno de los fenómenos culturales más difundidos como son las prácticas médicas.

Precisamente son diversos médicos los que se han interesado por este fenómeno y han llamado la atención sobre la necesidad de integrar, incorporar y articular la medicina tradicional al sistema oficial de salud. Entre ellos señalamos a Hermilio Valdizán, quien en 1922 escribiera, junto a Ángel Maldonado, *La medicina popular peruana*, libro que al decir de Cabieses (1987) abrió trocha fértil para la antropología médica y la etnofarmacología en nuestro país, no solo para antropólogos sino también para los profesionales de la salud. Le siguen otros estudiosos del tema como Fernando Cabieses Molina, David Frisancho Pineda, Carlos Seguín, Óscar Valdivia Ponce, Mario Chiappe y Moisés Lemlij, entre otros. Entre los antropólogos peruanos que han aportado desde distintas perspectivas destacan Luis Millones, Mario Polia, Lupe Camino, Efraín Cáceres, Hugo Delgado Súmar y Armando Medina Ibáñez, entre otros.

Hermilio Valdizán Medrano vivió entre fines del siglo XIX e inicios del XX. Sin lugar a dudas fue pionero tanto en el tópico de la historia de la medicina como en el campo de la antropología médica. En una época en la que se argumentaba que el atraso del Perú se debía a su pasado cultural hispano, Valdizán se esforzó por legitimar la práctica médica y encontrar una continuidad entre el pasado y el presente. En *La medicina popular peruana* se revelan los síndromes culturales y los usos de plantas medicinales, animales y minerales para distintas curaciones. Para Valdizán y Maldonado sus colegas coetáneos debían sentirse orgullosos del pasado médico nativo (Cueto, 1989: 23). Como psiquiatra investigó la alienación mental tanto de los antiguos peruanos como de los que vivieron en la Colonia, con lo social como una de las variables por considerar y a la que siempre tendrá presente en sus investigaciones. Aunque parezca inusual, su tesis de bachiller en medicina fue acerca de la delincuencia en Lima.

Fernando Cabieses Molina, aunque médico de profesión especializado en neurocirugía, destacó también como historiador de la medicina, de la antropología

médica, de la biología y de la arqueología peruana. Fue uno de los primeros en demostrar, a mitad del siglo XX y en un contexto desfavorable, que el uso ancestral de la coca no generaba dependencia. Su obra relacionada con la medicina tradicional es vastísima. Su interés por implementar políticas públicas vinculadas a la articulación de la medicina tradicional con la medicina oficial se concretó al impulsar la creación del INMETRA en 1990, del cual fue su primer jefe.

David Frisancho Pineda, reconocido médico puneño que, junto al ejercicio de su profesión, dedicó parte de su tiempo a investigar acerca de las prácticas curanderiles tanto de la población altiplánica como de la costeña. Estos conocimientos sobre la salud y la enfermedad los englobó bajo el rubro de “medicina folklórica”, cuyo sustrato colocaba en las creencias mágico-religiosas de los pobladores y opuestas al pensamiento científico.

Entre los estudios integrales y de corte antropológico y psicológico destacamos el de Chiappe, Lemlij y Millones, *Alucinógenos y shamanismo en el Perú contemporáneo* (1985), en el que realizan una revisión detallada sobre los elementos fundamentales que componen las diversas manifestaciones del curanderismo en la costa norte y en la selva, así como el lugar que ocupan las plantas medicinales y alucinógenas, centrándose en diagnósticos y tratamiento de enfermedades “populares”, tales como el susto o daño. En el caso de Millones, uno de sus más recientes libros, en coedición con Silvia Limón Olvera, es *Por la mano del hombre. Prácticas y creencias sobre chamanismo y curandería en México y el Perú* (2014), el cual se centra en investigaciones alrededor de la figura del chamán o curandero en ambos países, con el objetivo de conocer el papel que juegan los elementos simbólicos que brindan cohesión a las comunidades o a la población que ha migrado a las zonas urbanas.

Lupe Camino ha realizado investigaciones sobre medicina tradicional en Huancabamba entre 1987 y 1989. Producto de ello publicó *Cerros, plantas y lagunas poderosas: la medicina al norte del Perú* (1992). Demostró que los curanderos realizaban prácticas de trueque de plantas medicinales entre Quito (Ecuador) y la sierra norte de Piura, manteniendo las rutas prehispánicas de desplazamiento y zonas de intercambio. Sin embargo, la búsqueda de plantas de diversos pisos altitudinales

respondería también a la necesidad de contar con ellas para la realización de ceremonias y sesiones adivinatorias, entre otros contextos rituales.

Para el caso de la medicina tradicional en el ámbito cusqueño, resalta el trabajo de Efraín Cáceres Chalco, antropólogo y comunicador social. En su obra *Si crees, los Apus te curan. Medicina andina e identidad cultural* (1988) muestra que la medicina tradicional o indígena es un sistema igual de riguroso y articulado que el empleado por la medicina convencional. Además, hace énfasis en lo determinante de la dimensión cultural en la atención que se da entre el paciente y el *altumisayuq* (especialista médico). Otra obra importante de su autoría es *Susto o "mancharisqa". Perturbaciones angustiosas en el sistema médico indígena andino* (2008), donde investiga sobre la etiología del susto y la eficacia de la medicina andina en el contexto de la comunidad indígena, porque sus prácticas están en estrecha relación con lo religioso. Uno de sus principales aportes es la afirmación de que dichas prácticas trascienden a la comunidad tradicional para recrearse en los barrios populares de pueblos y ciudades.

Hugo Delgado Súmar ha contribuido al tema de la medicina tradicional en Ayacucho. Para este autor los síndromes culturales corresponden al contexto social y ecológico; por ello, las razones que permiten su aparición pueden variar o presentar diferentes denominaciones. A lo largo de sus investigaciones en los Andes ha propuesto que todos los elementos dentro de la naturaleza tienen vida y no existen elementos estáticos; la tierra, los cerros, las fuentes de agua, las plantas y los animales están animados por espíritus.

El susto en la medicina tradicional de Ayacucho (1985) es otro libro de Delgado Súmar. Investigación que contextualiza a este síndrome dentro de lo que la Comisión de la Verdad y Reconciliación (CVR) denominó conflicto armado interno, por el que atravesaba el departamento en aquella época, dando cuenta de sus diversas denominaciones, creencias, causas y tratamientos.

En 1989 publicó *Los "curiosos" en la medicina tradicional*, obra centrada en el proceso de formación de los curanderos, cuyo primer nivel es el de los "curiosos". Los define como aprendices que, por su conocimiento y experiencia elementales, aún no cuentan con el estatus y reconocimiento como curanderos por la comunidad o el lugar al cual pertenecen.

En ese mismo año también publicó *El gesto ritual en las ceremonias mágico-religiosas en Ayacucho* desde un enfoque etnográfico y cuya finalidad fue mostrar la coexistencia de diversos gestos rituales que se desarrollan en el marco de las ceremonias mágico-religiosas en las comunidades andinas del departamento de Ayacucho. Finalmente, durante su desempeño en el INMETRA, elaboró los “Cuadernos de Medicina Tradicional”, fascículos que acompañaban las charlas de capacitación.

Mario Polia, antropólogo y arqueólogo italiano, llegó al Perú a inicios de la década de los setenta y a lo largo de los años ha desarrollado un trabajo enfocado en el estudio del chamanismo andino, sobre todo en Ayabaca (Piura). En 1996 publicó “*Despierta, remedio, cuenta...*”: *adivinos y médicos del Ande*, que trata sobre la medicina tradicional en el norte peruano. Desde un enfoque etnográfico puntualiza los elementos que componen la cosmovisión de los habitantes de Huancabamba y Ayabaca, describiendo un universo donde estos elementos poseen alma y, dentro del cual, la premisa es mantener la armonía para convivir; todo ello a partir de la figura del curandero. Esta visión del mundo es complementada con el análisis que realiza Fabiola Chávez sobre las parteras. Otros estudios de Polia son *La sangre del cóndor. Shamanes de los Andes* (2000) y *Glosario del curanderismo andino en el departamento de Piura (Perú)* (2005).

Armando Medina Ibáñez ha elaborado una *Guía para la adecuación de los servicios de salud*, en la que se propone cuáles debieran ser las condiciones, los procedimientos, los requisitos o las pautas para mejorar la calidad del servicio en los establecimientos de salud. También son importantes sus investigaciones sobre el parto y puerperio en comunidades amazónicas. En ellas describe las prácticas pauteadas desde el proceso del embarazo hasta los cuidados del recién nacido, constituyendo material muy útil para el personal que labora en establecimientos de salud en comunidades nativas. Finalmente, ha contribuido a la confección de una sumilla preliminar de cursos de capacitación para incorporar la variable intercultural en el personal de salud a nivel de servicios básicos.

Como se podrá apreciar en el capítulo correspondiente, la mayor parte de nuestro trabajo que sirve de sustento a este documento fue realizada en los establecimientos de salud de comunidades nativas de la Amazonía.

El área amazónica en nuestro país es bastante extensa, múltiple en biodiversidad y, desde luego, rica culturalmente hablando, pues está poblada por 1.786 comunidades indígenas de acuerdo a datos del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2007), agrupadas en unas 13 familias lingüísticas y alrededor de 60 grupos étnicos.

Un denominador común a todos los grupos étnicos amazónicos es que se ubican en el sector de la extrema pobreza, con altos índices de morbilidad y mortalidad, y con servicios públicos deficientes o inexistentes; todo esto como consecuencia de la exclusión histórica y de la discriminación que han sufrido y sufren por parte de la “sociedad nacional”. Pero también tienen elementos valiosos como el conocimiento elaborado sobre diversos componentes de la naturaleza y, en especial, el relacionado a biodiversidad y, dentro de esta, el de las propiedades de las plantas medicinales.

En este sentido, y siendo un área que en términos geográficos o naturales es amplia y relativamente homogénea, sorprende la cantidad de grupos étnicos que la habitan, existiendo por lo tanto manifestaciones culturales muy variadas. En el tema que nos interesa –es decir, el de salud y enfermedad–, la etnografía y los estudios antropológicos son abundantes, destacando la estrecha relación que el poblador indígena amazónico ha construido con la naturaleza a lo largo del tiempo y sobre la que descansan su cosmología, su cosmogonía y su visión del mundo. Pero también estos grupos han sido objeto de explotación sistemática con la finalidad de aprovechar los recursos naturales de su entorno, sobre todo en el siglo XIX, mientras que en los siglos sucesivos se han mantenido –y mantienen– en una situación de desventaja debido a que componen el sector más pobre del país.

Entre los estudios antropológicos a los que queremos hacer referencia, nos gustaría citar el de Tournon (2002), quien realiza una exhaustiva descripción y análisis de los shipibo-conibo, uno de los grupos con significativa población. En su libro *La merma mágica*, a partir del concepto de “etnofusión” da cuenta del complejo proceso de integración entre shipibos, conibos y setebos, así como de estos con grupos no indígenas (mestizos), pero también motivado por mostrar –con la mayor objetividad posible– la cultura de este importante grupo. Mención especial merece el capítulo relacionado al “medio ambiente”, en el cual hace una descripción de la flora, de la fauna y de sus sistemas de “etno” clasificación, comparándolos con la taxonomía

linneana o científica; así como el relativo a los conceptos de salud, en el cual establece una clasificación desde el punto de vista shipibo y de los “especialistas” de la medicina tradicional: onaya y meraya, entre otros.

Precisamente el estudio del chamanismo es uno de los que más interés ha causado entre los estudiosos. De manera general se sostiene que el chamán es una especie de enlace entre el mundo sobrenatural y el terrenal, capaz de generar alianzas con los espíritus de la naturaleza, de actuar en diversas dimensiones en beneficio de su grupo y de poseer conocimientos detallados sobre las propiedades de las plantas (mágicas y no mágicas), en especial de la ayahuasca (Weiss, 1973)

Por otra parte, Gerhard Baer, con el ánimo de rebatir aquellos enfoques que consideran las prácticas chamánicas como un elemento primitivo, propone ubicarlas y considerarlas como un factor dinámico y adaptable dentro de las sociedades indígenas. En su libro *Portals of Power: Shamanism in South America* (1992) examina doce estudios de caso en América Latina por medio del análisis y la interpretación simbólica, a partir de los cuales busca demostrar que el chamanismo, para aquel contexto geográfico, es un sistema religioso debido a que refleja la visión del mundo sobre la cual la sociedad se organiza. La etnografía de los casos resalta sus diferencias y complejidades.

Asimismo, Jean-Pierre Chaumeil (1998), estudiando el chamanismo yagua en nuestra Amazonía norte, da cuenta de los elementos claves que permiten la formación de nuevos chamanes, la cosmovisión sobre la cual se basan y la forma de organización social en la que se desarrollan. Así, todo chamán yagua, ya sea hombre o mujer, debe poseer tres dones: ver, saber y poder. “Ver” para acceder al mundo de los ancestros, el “saber” hace referencia al conocimiento transmitido por medio de las plantas maestras; por último, el “poder” alude a la capacidad del chamán para atacar y defenderse de los espíritus o de los enemigos. A medida que se adquiere más conocimiento se es más fuerte. Para conocer la forma en que los chamanes se comunican con los espíritus, Chaumeil considera dentro de su análisis los siguientes elementos: la importancia de las plantas maestras, los cantos y los testimonios de cada chamán. Sobre el primer tema, el trabajo etnográfico realizado por el autor va de la mano con la descripción detallada de las plantas psicoactivas empleadas dentro de la formación y actividades realizadas por los chamanes. Sin embargo, al ser la puerta de ingreso al mundo de los

espíritus, el consumo de plantas no garantiza por sí solo obtener la visión. Para ello son necesarios el retiro, el ayuno y la abstinencia sexual. La disciplina juega un papel fundamental porque el aprendiz debe alejarse de la familia y de la comunidad por ciertos períodos de tiempo para que el conocimiento sea posible. Por ello resulta importante conocer el testimonio de cada aprendiz y cómo cada experiencia vivida fortalece sus conocimientos. Dentro de todo este proceso, el autor realiza un análisis semiótico de los cantos chamánicos para una mejor comprensión de la forma en que los chamanes buscan interactuar con los seres mágicos y espíritus. Así no solo tienen las cualidades para curar, sino también para hacer daño, lo que resulta en potenciales acusaciones brujeriles.

No obstante, la presencia de diversos actores no indígenas coloca a los chamanes en una situación difícil; por ejemplo, cuando ocurren desgracias que afectan a la comunidad son acusados de ser los causantes. Hoy en día son prácticamente etiquetados como brujos y por eso mismo amenazados de muerte, debiendo en este caso huir o esconderse. A pesar de ser personas a las que se les atribuye poder por tener habilidades para incidir sobre el mundo sobrenatural o mítico, estas circunstancias constituyen uno de los factores de desaliento para el surgimiento de futuros chamanes. Además, hay que tomar en cuenta que desde hace un buen tiempo las fuentes de conocimiento son de diverso tipo, no necesariamente rituales, y por lo tanto muchos comuneros, si se lo proponen, pueden dominar el empleo de las plantas medicinales sin recurrir a técnicas mágicas, y la propia comunidad suele darles el nombre de “curiosos”, “vegetalistas” y “hierberos”, entre otros. De hecho, existe todo un fenómeno social relacionado con el chamanismo que se caracteriza por el hecho de que personas no indígenas, profesionales o no, consumen o dominan los usos de la ayahuasca en contextos más urbanos, para usuarios no indígenas. Este fenómeno ha recibido el nombre de “neochamanismo”; es decir, formas actuales de apropiación, por parte de las culturas urbanas y occidentales, de las prácticas chamánicas tradicionales e indígenas con diversos fines, entre ellos el terapéutico (Porrás, 2003, p. 1). Este autor, en su obra *Consideraciones sobre neochamanismo y chamanismo huichol*, expone que el chamanismo, en relación a la salud y a la enfermedad, está integrado por un conjunto de conceptos y concepciones sobre el cuerpo humano y su funcionamiento, de tal modo que el rol del chamán es mantener el equilibrio y la armonía con el cosmos. Un tema primordial en este estudio es que este fenómeno comienza a interesar a doctores y

terapeutas que fracasan o no están conformes en cuanto a los efectos de algunos tratamientos aplicados a sus pacientes, y optan por indagar o aplicar el uso de plantas maestras, entre otros aspectos simbólicos que están en la base del éxito de la curación chamánica.

Hacia 1935, ubicamos el aporte del médico Manuel Núñez Butrón, quien puede considerarse el pionero de la medicina social en nuestro país. Luego de su regreso de España, en donde completó sus estudios de medicina, se preocupó por la salud en las zonas rurales, centrando su atención en la comunidad, en la prevención, en el medio ambiente, etc. A partir del rijcharismo (doctrina sanitaria y social) articuló pensamiento y acción, y publicó la revista *Runa Soncco*, que incluía una sección destinada al campo de la salud (Colegio Médico del Perú, 1986).

Otros esfuerzos intelectuales importantes por estudiar las prácticas médicas tradicionales y esbozar mecanismos para su integración al sistema oficial de salud son los de los doctores Carlos Alberto Seguí, Óscar Valdivia Ponce y Fernando Cabieses Molina. De Seguí podemos resaltar su interés por el uso de los denominados psicoactivos y cómo influyen en la psicología social, y sus estudios relacionados al tema desde el Instituto de Psiquiatría Social de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, del que fue fundador en 1967 y director. En este sentido, el estudio de las prácticas curativas de los *autóctonos* podría ofrecerles a los investigadores de dicho instituto “oportunidades únicas para el desarrollo, no solo de un conocimiento teórico y prácticos utilísimos, sino para un acercamiento auténtico a nuestro pueblo y a sus valores más hondos” (Seguí, 1988, p. 30). Además, fue uno de los organizadores de los dos congresos mundiales de medicina tradicional que se llevaron a cabo en nuestro país, uno a fines de la década de los setenta y otro a fines de la década de los ochenta.

De Valdivia Ponce destacamos su obra *Hampicamayoc. Medicina folklórica y su substrato aborígen en el Perú* (1986), escrita con el exclusivo ánimo de que otros profesionales de la salud (oficial) comprendan el sentir de los pacientes en la vivencia de la enfermedad, pero también exhortando a los profesionales de las ciencias sociales a interesarse por la temática en un contexto de “impacto” del proceso migratorio hacia la capital y la transformación de lo que llamaba las prácticas médicas folklóricas. Para el autor, la comprensión del fenómeno curativo merecía la convergencia de diversas disciplinas.

Del lado de las medicinas alternativas y complementarias, destacamos el impulso dado por la doctora Martha Villar a su integración en el sistema oficial de salud, así como su condición de pionera y organizadora de eventos internacionales en nuestro país sobre el avance e investigaciones de dichas medicinas. En especial, mencionamos la investigación sobre costo-efectividad del Programa Nacional de Medicina Complementaria del Seguro Social de EsSalud que fuera auspiciado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el año 2000.

También resaltamos el aporte que el Centro de Medicina Andina de Cusco hiciera a través de sus diversas publicaciones, donde se evidencia que el proceso salud y enfermedad está influenciado por diversos factores. En el ánimo de coadyuvar a entender dicho proceso estudian, por ejemplo, representaciones populares de enfermedades específicas apremiantes para la salud pública desde la perspectiva de la medicina tradicional y desde la biomedicina, con enfoque sociocultural (Kroeger y Ruiz, 1988).

Otra contribución es el trabajo realizado por el Centro de Rehabilitación de Adicciones y de Investigación de Medicinas Tradicionales Takiwasi, altamente especializado en el tratamiento de adicciones articulando el conocimiento tradicional con el moderno; o, dicho de otro modo, utilizando este conocimiento para tratar males del mundo moderno, como las adicciones, con la participación de los agentes de la medicina tradicional, y que ha merecido el soporte de diversas investigaciones en el campo de la psicología sobre el efecto del modelo terapéutico empleado en este centro (www.takiwasi.com).

Por otra parte, y desde los estudios impulsados por el sector salud, destacamos el relacionado al proceso del parto, atención del recién nacido y muerte materna en algunas comunidades andinas de Puno, Ayacucho, Apurímac, Áncash y sierra de La Libertad, y en comunidades nativas amazónicas de Ucayali y San Martín efectuado en 1999 y que da cuenta de cómo los factores culturales inciden en la toma de decisiones respecto a la salud durante esa etapa significativa en la vida de la mujer y del recién nacido (Ministerio de Salud, 1999).

Asimismo, cabe citarse el estudio elaborado por el Ministerio de Salud (MINSA), el Proyecto VIGIA y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID, por sus siglas en inglés), en el 2001, sobre la interculturalidad

en la atención de la salud respecto a enfermedades que cursan con síndrome ictero-hemorrágico en Ayacucho y Cusco, y que pretende llenar el vacío de los estudios descriptivos de corte epidemiológico para insertar interpretaciones socioantropológicas sobre dicha enfermedad (Ministerio de Salud, 2001).

Por otra parte, la investigación realizada en el año 2003 por Lupe Camino Diez Canseco, Moraima Montibeller y Estela Roeder Carbo, a quienes se les encargó un estudio exploratorio para desarrollar un enfoque intercultural y de mejoramiento de calidad de los servicios de salud en Huancavelica, Ayacucho y Andahuaylas, en el marco del programa de modernización del sector salud. Este estudio hace una evaluación para la aplicación práctica, desde una perspectiva cualitativa o de investigación, de las percepciones del personal de salud sobre las conductas del poblador y viceversa. No solamente se ponen en evidencia las tensiones entre ambos sino también los puntos de encuentro (Proyecto Amares, 2003).

Finalmente mencionamos los denominados Análisis de la Situación de Salud (ASIS) elaborados por el MINSA, en los que se incorporan perspectivas históricas y antropológicas. A la fecha se han realizado los ASIS del pueblo Shipibo-Konibo (2002), de la Amazonía Peruana (2003), de los pueblos Nanti de la reserva territorial Kugapakori Nahua del río Camisea (2003), del pueblo indígena Shawi (2008), de la provincia Purús (2009), del pueblo aymara, Puno (2010), “Aportes metodológicos para la elaboración del ASIS de los pueblos indígenas de la Amazonia peruana” (2013) y el “Análisis de situación de salud del pueblo Nanti del Alto Camisea-Reserva Territorial Kugapakori Nahua Nanti, Camisea-Cusco” (2014).

1.4. Justificación práctica

En primer lugar, y obviamente, nuestra orientación personal hacia los temas relacionados con la antropología de la salud alimentada por nuestra modesta experiencia laboral en el sector salud (1997-2006).

En segundo lugar, la existencia de importantes iniciativas desde el sector salud dirigidas a orientar sus políticas hacia la promoción de la interculturalidad en salud, como por ejemplo la creación del INMETRA, hoy CENSI, la promulgación de normas diversas y la elaboración de la política pública intercultural en salud y la participación de profesionales de las ciencias sociales en el sector, entre otras.

En tercer lugar, las iniciativas que apuntan a lograr o impulsar la articulación de los sistemas aunque en distinto grado y sin conexión aparente, como por ejemplo: a) la del Seguro Social de Salud (EsSalud) y la atención con terapias tradicionales, alternativas y complementarias a nivel nacional; b) las actividades que viene realizando el Comité de Medicina Tradicional, Alternativa y Complementaria del Colegio Médico del Perú; c) el desarrollo de cursos de pre y posgrado de algunas universidades orientados a capacitar profesionales de la salud en el campo de la medicina tradicional, alternativa y complementaria; d) la propuesta de algunas organizaciones indígenas por lograr revalorar sus sistemas de salud, en especial la de la Asociación Interétnica de Desarrollo de la Selva Peruana (AIDSESP), a través de su Programa Salud Indígena.

Finalmente, la notoria difusión y utilización de sistemas médicos distintos al oficial, pero que –en combinación con este– orientan la búsqueda de una eficacia terapéutica por parte de la población.

1.5. Objetivos

1.5.1. Objetivo general

Señalar el progresivo proceso y dificultades de la incorporación del enfoque intercultural en el ámbito de la salud pública en nuestro país.

1.5.2. Objetivos específicos

1. Conocer las iniciativas implementadas por el Estado, el Seguro Social de Salud (EsSalud), el gremio médico y la organización indígena AIDSESEP en relación a la revaloración de la medicina tradicional, alternativa y complementaria.
2. Describir las relaciones que se dan entre representantes de la salud oficial y los pobladores de diversas comunidades nativas, tomando como referencia los centros o postas de salud existentes en dichas comunidades.

1.6. Hipótesis general

Las iniciativas implementadas por el sector salud para lograr la integración y/o articulación de la medicina tradicional, alternativa y complementaria en el sistema oficial de salud se reflejan y proyectan a nivel discursivo y normativo garantizando la hegemonía de la medicina oficial; en tanto que en los centros y postas de salud en ámbitos de comunidades nativas amazónicas la relación entre el profesional y los pobladores carece de un enfoque intercultural. Es por ello que las actividades impulsadas por el Seguro Social de Salud (EsSalud), el gremio médico y la organización indígena AIDSESEP pretenden subsanar las debilidades de la política oficial en salud intercultural.

Finalmente, conviene advertir lo que encontraremos en los apartados siguientes: en el Capítulo 2 nos concentramos en exponer el marco teórico de la investigación, el cual está relacionado principalmente con la antropología médica crítica, el pluralismo médico y la interculturalidad en salud. En el Capítulo 3 exponemos la metodología utilizada, que consiste en una combinación de análisis de fuentes bibliográficas, trabajo de campo en comunidades nativas amazónicas en distintos períodos de tiempo y la técnica empleada para el análisis de información recopilada. La totalidad del Capítulo 4 está dedicada al trabajo de campo en las comunidades nativas que tuvimos la oportunidad de visitar como servidores públicos.

En el Capítulo 5 describimos las iniciativas que consideramos más importantes y que han contribuido a llamar la atención sobre la necesidad de incorporar otras medicinas al sistema oficial de salud, para cerrar finalmente con las respectivas Conclusiones.

CAPÍTULO 2

MARCO TEÓRICO

Hemos querido centrar esta investigación en aportes teóricos relativamente novedosos relacionados con la antropología de la salud. En este sentido, la corriente de pensamiento de la antropología médica crítica, nuestro primer nivel, nos da el marco para fijar la interacción de los sistemas médicos como relaciones de poder. Sus preceptos apoyan la revalorización de las medicinas tradicionales y la interculturalidad en salud. El marco teórico del pluralismo médico apunta más bien a un segundo nivel de interpretación: el de la existencia en un solo contexto cultural y social de varios sistemas médicos a los que la población (incluidos los propios profesionales de la salud) puede acceder o utilizar en función de un conjunto de variables que van desde cierta pertenencia cultural hasta motivos pragmáticos. En este punto considero relevante el concepto de medicalización, en tanto se entiende como el mecanismo a través del cual se incorpora en las personas conceptos y prácticas relacionados con la salud y la enfermedad desde la perspectiva biomédica u occidental. Finalmente, y como tercer nivel de interpretación, la interculturalidad en salud en tanto enfoque que ha intentado ser operativizado por el sector salud como política pública, precisamente para incorporar en el sistema oficial todos aquellos sistemas médicos que se consideren significativos y con arraigo en nuestra población.

2.1. Marco filosófico o epistemológico de la investigación

2.1.1. La antropología médica crítica

La línea teórica que apoya nuestro estudio está basada en los aportes de la antropología médica crítica, rama de la antropología vinculada a la salud, surgida en Estados Unidos en la década de los ochenta, y que aborda temas referidos a la salud pública, las relaciones de poder entre el sistema médico oficial y las medicinas tradicionales, alternativas y complementarias, así como la interculturalidad en salud considerando las minorías étnicas, los derechos humanos y, sobre todo, la participación ciudadana en lo concerniente a la conservación de la salud. En este sentido, se preocupa por promover el “rescate” de las medicinas tradicionales, la “democratización en salud” y el fortalecimiento y construcción de los sistemas interculturales en salud. La antropología médica crítica cuestiona fuertemente la visión fisiopatológica de la enfermedad y las relaciones de poder que existen entre la medicina occidental y otros sistemas médicos. Dichas relaciones descansan en el paradigma cultural y social del sistema capitalista y, por lo tanto, la medicina occidental sería una expresión de la época moderna. Las características fundamentales de la medicina occidental desde la perspectiva de la antropología médica crítica son:

- a) Énfasis científico y biofísico para determinar las causas de las enfermedades.
- b) Configuración de relaciones de poder entre sistemas médicos basados en el saber científico, con lo que se excluye o descalifica a las ideas y los discursos de los conjuntos sociales en torno a la salud y a la enfermedad.

Singer y Baer son referentes importantes por haber acuñado el término de antropología médica crítica, impulsando esta corriente de pensamiento en la antropología de la salud, en la que, a su vez, se pueden encontrar dos tendencias: la “ortodoxa”, aquella que da cuenta de la distribución desigual de las enfermedades entre los países desarrollados y subdesarrollados, así como el carácter secundario otorgado a los factores culturales que rodean la salud y la enfermedad; de otro lado, la tendencia

“interpretativa” que sí confiere un papel significativo a la cultura en el proceso de salud y enfermedad en determinado contexto social (Aguirre, 2006).

Por otra parte, desde un punto de vista metodológico, la antropología médica crítica combina el macronivel social con el micronivel de las creencias de las personas acerca de la enfermedad y la experiencia vivida en torno a esta (Weisner, 1998).

2.1.2. El pluralismo médico

Otras propuestas teóricas y metodológicas inciden también en la interrelación de los sistemas médicos, como por ejemplo el pluralismo médico (término acuñado por Sheila Cosminsky), surgido en los años ochenta en Norteamérica con la finalidad de comprender el contexto latinoamericano en relación a los procesos de salud y enfermedad. De acuerdo a esta corriente, el pluralismo médico se entiende como la:

existencia de sistemas paralelos o alternativos (medicina occidental, medicina tradicional, medicina espiritista, etc.) en donde los enfermos eligen el uso de dos o tres sistemas y en igual forma los terapeutas (médicos, espiritistas, curadores tradicionales, etc.) de incorporar elementos de dos o de los tres (Mosquera, 2002, p. 84).

Dos aspectos importantes se desprenden de este concepto: por un lado, el reconocimiento de la coexistencia de sistemas en un mismo territorio y, por el otro, la influencia de la medicina occidental en la sociedad a través del denominado proceso de medicalización, entendido como:

una amplia y densa red que desde la intervención médica engloba la existencia, la conducta y el cuerpo humano.

Y dicho fenómeno, está ligado a un proceso de integración del mejoramiento de la salud, los servicios de salud y el consumo de salud al desarrollo económico de las sociedades. Así se conjugan biohistoria, medicalización y economía de la salud (Valle, 2003, p. 13).

La medicalización, entonces, está en relación con el mejoramiento de los servicios de salud del sistema médico occidental, muy vinculado al desarrollo económico y a la consolidación de los estados, del cual parte la preocupación por la salud de sus individuos en contextos de creciente urbanización que provocan epidemias o enfermedades contagiosas varias, de tal manera que se controla a los habitantes y se optimiza la fuerza para el trabajo

En términos generales, debemos entender el proceso de medicalización como aquella estrategia mediante la cual se incorpora, en los individuos, conceptos y prácticas relativas a la salud y la enfermedad desde la racionalidad médica occidental. De ahí que también hablemos de la “medicalización de la vida cotidiana”; es decir, la permeación y dominio del imaginario colectivo por el saber y poder médicos (Portillo, 1993, p. 18).

Este proceso de medicalización entra en tensión con otras formas de representaciones sobre la salud y la enfermedad que van configurándose desde los colectivos sociales y en escenarios específicos y heterogéneos culturalmente, por sectores sociales diversos en términos económicos, dando como resultado una conducta muy plural frente a las distintas opciones que puede encontrar el sujeto cuando de prevenir o atender su salud se trata.

En este sentido, desde el sistema médico occidental se han hecho y se hacen las mayores inversiones para el desarrollo de la ciencia y del poder médico, este último basado en el conocimiento científico y posicionamiento socioeconómico, configurándose como un saber disciplinador (Portillo, 1993, p. 17).

Al decir de Menéndez, la medicalización tiene que ver con una ampliación ideológica, técnica y normativa del modelo médico hegemónico de cada vez mayores áreas de atención, dejando en un plano secundario el tema de la eficacia (Menéndez, 1992, p. 99).

Complementando el marco teórico anterior, es necesario hacer referencia a los sistemas o modelos médicos, para ayudarnos a delimitar un conjunto de saberes y prácticas en torno a la salud y la enfermedad, cuya utilidad es fundamentalmente interpretativa ya que conservar la salud ha sido siempre una de las principales preocupaciones del ser humano a lo largo de la historia, para lo cual ha elaborado

distintos sistemas de ideas y conceptos sobre el organismo humano. De acuerdo con Cabieses:

Un sistema médico es un cuerpo de doctrina que rige en los problemas de salud y enfermedad en una cultura determinada. Es decir, un sistema médico debe tener conceptos propios de lo que es la salud y la enfermedad, de lo que es la vida y la muerte y se sustenta en una determinada cosmovisión (Cabieses, 1993, p. 1).

A partir de estos conceptos podemos ampliar y señalar que los sistemas médicos serían mejor abordados si consideramos el aspecto conceptual y el aspecto conductual. El primero se refiere a los modelos explicativos sobre la salud y la enfermedad que pueden expresarse a través de axiomas que serán validados por diversos mecanismos, como por ejemplo la ciencia entre otros, y que tienden a ser aceptados por las personas de acuerdo a su proceso de socialización y a su entorno cultural. Así, por ejemplo, los profesionales de la salud tendrán una forma de explicar los procesos de salud, enfermedad y atención, mientras que los médicos o terapeutas tradicionales o alternativos y complementarios se apoyarán en postulados distintos.

El segundo aspecto, el conductual, ayuda a entender cómo es que se “expresa concretamente” el aspecto conceptual en la vida cotidiana de las personas. Esta expresión abarca desde cómo surgen los terapeutas, cómo se organizan, como se especializan, qué usan, etc. hasta el proceso terapéutico. Alarcón, Vidal y Neira (2003) sostienen que este aspecto implica quién (médico, curandero, religioso, terapeuta) hace qué (cirugía, ritual, oración, etc.) a quién (individuo o comunidad) y con respecto a qué tipo de dolencia (física, social, espiritual).

Todos los sistemas médicos tienen un conjunto reconocible de tecnologías – como por ejemplo materia médica, hierbas, adivinación, cirugía, etc.– y de practicantes –como por ejemplo médicos, enfermeras, terapeutas, rezadores, curanderos, hueseros, parteras, hierberos, etc.– que van formando parte de un contexto cultural e intercambiando información hasta el punto tal que, incluso, algunos optan por diseñar su propio cuerpo de ideas y desarrollarlo.

Básicamente, la antropología de la salud (o antropología médica) ha reconocido la existencia de tres sistemas médicos delimitados: las medicinas tradicionales, la medicina científica y las medicinas alternativas.

Arthur Kleinman, citado por Pedersen, nos brinda la primera aproximación para entender los conceptos y prácticas médicas como sistemas culturales; es decir, tomando en cuenta el contexto cultural en el que se desenvuelven. Según Kleinman, entre los terapeutas y la población existen distintos niveles de creencias sobre enfermedades y dolencias, que pueden ser clasificados como modelos explicativos (Pedersen, 1988, p. 100). Así, por ejemplo, Kleinman propone:

- a) El modelo profesional, conformado por todos aquellos profesionales egresados de las ciencias de la salud con reconocimiento legal para ejercer la práctica médica y cuyos conocimientos acerca de la salud y la enfermedad son legitimados en las universidades.
- b) El modelo *folk*, conformado por los practicantes de la medicina tradicional y sus respectivos conocimientos acerca de la salud y la enfermedad, cuyos mecanismos de validación serían las creencias, visiones, rituales sagrados, etc.
- c) El modelo popular, conformado por los pacientes y familiares que explican e interpretan sus dolencias de acuerdo a sus respectivos conocimientos acerca de la salud y la enfermedad.

Los principales aspectos que son tomados en cuenta dentro de estos modelos explicativos son:

- a) La construcción social de la experiencia de la enfermedad.
- b) El manejo cognitivo de la enfermedad a través del diagnóstico, clasificación y explicación sobre su causa.
- c) Los actos de curar en sí mismos.
- d) El manejo médico del morir y de la muerte (Benvenuto y Sánchez, 2002, p. 2).

Estos modelos explicativos como perspectiva de interpretación han influido en los diversos estudios sobre antropología de la salud, sobre todo en el ámbito latinoamericano y en el área andina.

Entre las ventajas que ofrece esta perspectiva está la de considerar que estos modelos explicativos son manifestaciones individuales y variables, lo que se explicaría tomando en cuenta las experiencias personales de los sujetos que acuden a distintos modelos explicativos en una determinada sociedad para curar sus enfermedades y/o dolencias.

En consecuencia, esta perspectiva introduce una interrelación entre sujetos y modelos explicativos, dando cuenta de las mutuas influencias que se producen entre los terapeutas de cada uno de dichos modelos, con lo que se supera la dicotomía medicina tradicional / medicina moderna que predomina considerablemente en la interpretación o comprensión de los sistemas médicos y que coloca a ambas medicinas en una especie de compartimentos estancos. Tal como lo señala Kleinman: “los sistemas de salud son formas de realidad social caracterizadas por una extraña amalgama de creencias modernas y tradicionales, agrupados bajo diversos patrones de asimilación, complementariedad, conflicto y contradicción” (Kleinman, 1980, p. 39).

Entre las principales limitaciones que se pueden señalar sobre los estudios basados en la dicotomía “tradicional / moderno” tenemos:

- a) Esencialización de las culturas abordadas y calificadas como tradicionales, muy vinculadas a cosmovisiones mágico-religiosas.
- b) Siendo la medicina occidental parte de un sistema cultural y práctica social, no brinda muchos datos sobre su estructuración ni sobre cómo se apropia y resignifica los conocimientos que provienen de las medicinas tradicionales.
- c) No evalúa ni explica los cambios internos en la medicina tradicional y en la medicina occidental como producto de constantes interrelaciones (no necesariamente “pacíficas”).
- d) Muy pocos estudios incorporan propuestas de integración al sistema oficial de salud.

Por otra parte, Eduardo Menéndez (1992, p. 101) es considerado un referente importante en lo que concierne al pluralismo médico. Su contribución se basa en analizar las diferentes enfermedades y padecimientos desde una dimensión histórica, cultural y política; es decir, abordando el pasado para entender determinadas particularidades. A partir de este aporte se han generado vínculos de investigación sobre antropología de la salud a nivel latinoamericano y europeo (con estas orientaciones, que van más allá de investigar la medicina tradicional como tal, se ha tratado aspectos relacionados con el proceso salud, enfermedad y atención en general en contextos urbanos y contemporáneos, como alcoholismo, drogadicción, automedicación, género, grupos de ayuda mutua, etc.).

Menéndez propone:

- a) El modelo médico hegemónico, que englobaría al conjunto de prácticas, saberes y teorías elaborados por la medicina científica. De acuerdo con el autor, este modelo se caracteriza por su

biologicismo, concepción teórica evolucionista-positivista, ahistoricidad, asocialidad, individualismo, eficacia pragmática, la salud como mercancía, relación asimétrica en el vínculo médico-paciente, participación subordinada y pasiva de las personas en las acciones de salud, producción de acciones que tienden a excluir al sujeto del saber médico, legitimación jurídica y académica de las otras prácticas, exclusión de los otros modelos, entre otros (Menéndez, 1992, p. 102).

- b) El modelo médico alternativo subordinado, que incluye conocimientos en los cuales se integran las prácticas reconocidas como tradicionales y aquellas de otras partes del mundo denominadas alternativas y complementarias o que son marginales a la medicina científica aun surgiendo de ella, como por ejemplo la homeopatía; mientras que entre las primeras podemos citar a la medicina ayurvédica o acupuntura y a la herbolaria china. Las características de este modelo son: “concepción globalizadora de los padecimientos y problemas, eficacia simbólica, sociabilidad, tendencia al pragmatismo, ahistoricidad, asimetría en la relación curador-paciente, participación subordinada de los sujetos, legitimación

comunal, tendencia a excluir a otros de su saber, tendencia a la mercantilización” (Ibídem).

- c) El modelo médico basado en la autoatención y sustentado en el diagnóstico, atención y prevención llevados a cabo por la propia persona o personas inmediatas pertenecientes al grupo familiar y/o a los diferentes grupos comunitarios. Entre sus características básicas están la eficacia pragmática, concepción de la salud como bien de uso y tendencia a percibir la enfermedad como mercancía, concepción basada en la experiencia, apropiación tradicional de las prácticas médicas, tendencia sintetizadora (Ibídem).

Estos tres modelos interactúan entre sí, aunque con una fuerte preponderancia del modelo hegemónico.

Menéndez propone, además, que la complementariedad es la solución para la convivencia de los tres modelos; por lo tanto asume que las prácticas de cada uno de ellos no son necesariamente excluyentes, como queda demostrado cuando los sujetos eligen entre varias opciones terapéuticas para atender una misma enfermedad o dolencia.

Un aspecto importante de este autor es que no utiliza el término “medicina tradicional” por considerarlo de muy difícil definición, y para superar la dicotomía tradicional / moderno se focaliza en los estudios sobre las prácticas, saberes e ideologías que los conjuntos sociales producen, tomando como supuesto que la mayoría combina una serie de creencias y saberes curativos y preventivos respecto de las enfermedades, padecimientos, problemas y/o desgracias. Dichas prácticas se transforman, se sintetizan con otras, se modifican parcialmente o bien pueden desaparecer (Menéndez, 1994, p. 74).

En resumen, y siguiendo con este autor, el proceso de salud / enfermedad / atención debe estar referido a la relación que se da entre el saber alternativo o subordinado y el saber hegemónico, ya que ambos se constituyen y actúan en un mismo sistema sociocultural.

Menéndez conceptualiza al pluralismo médico como aquella capacidad que tienen los sujetos (incluidos hegemónicos y subalternos) para utilizar, indistintamente

y en más de una forma, cualquiera de los tres modelos propuestos por él para la posible solución o atención de sus padecimientos.

Por otra parte, las medicinas alternativas y complementarias encuentran hoy condiciones favorables para su desarrollo en todo el mundo y vienen siendo estudiadas desde el punto de vista económico, social-antropológico, médico e incluso, en nuestro país, se están dando los pasos para una correcta regulación de sus prácticas.

Lamentablemente, casi no existen estudios sobre la demanda de estas medicinas y los sectores sociales que las usan. La investigación que presentamos refleja el interés por incorporarlas en las políticas de salud.

Podemos decir que las medicinas alternativas y complementarias han seguido la misma suerte inicial que las denominadas medicinas tradicionales; es decir, son criticadas desde el núcleo duro de la medicina científica como pseudomedicinas o muy ligadas al misticismo, entre otras alusiones.

2.1.3. La interculturalidad en salud

La propuesta sobre la interculturalidad se fundamenta en que la diversidad cultural se considera positiva y no como un problema. Concebirla como problema ha sido una constante no solo en el pensamiento colectivo sino en buena parte del diseño de políticas públicas. En este esquema, las culturas distintas a la “occidental” fueron (son) objeto de homogeneización cultural. Frente a esta idea surge el pluralismo cultural. Como señalan Giménez y Malgesini, citados por Acevedo (2008, p. 4):

el pluralismo cultural es aquella ideología o modelo de organización social que afirma la posibilidad de convivir armoniosamente en sociedades grupos o comunidades étnica, cultural, religiosa o lingüísticamente diferentes. A diferencia de otros modelos, el pluralismo cultural valora positivamente la diversidad sociocultural y toma como punto de partida que ningún grupo tiene por qué perder su cultura o identidad propia.

Este pluralismo cultural es el marco general a partir del cual se desarrollan los conceptos y enfoques de interpretación de la realidad que conocemos como multiculturalidad e interculturalidad.

Sobre el primero, el concepto central es el de la coexistencia de diferentes culturas en un mismo espacio geográfico. Asimismo, desarrolla los principios de ciudadanía y el derecho a la diferencia, que implica respeto a la identidad de los grupos socioculturales. Si bien este enfoque promueve la comprensión y la necesidad de modificar nuestras relaciones sociales hacia algo constructivo, no ha sido del todo suficiente.

En relación al concepto de interculturalidad, este pretende superar al del multiculturalismo, enfatizando la calidad de las relaciones sociales. Se fundamenta en tres principios (PNUD, 1999, pp. 26-27):

- El principio de ciudadanía (común o general), que implica la igualdad de derechos, responsabilidades y oportunidades para todas las personas sin distinción.
- El principio de derecho a la diferencia o ciudadanía diferenciada, que implica el respeto a la identidad y derechos de los pueblos y grupos socioculturales.
- El principio de unidad en la diversidad.

En este sentido, las políticas públicas deben promover que las relaciones interculturales sean positivas y para ello es necesario transformar las estructuras sociales, las instituciones, etc. En la década de los ochenta la interculturalidad se manifiesta en la política pública educativa, mientras que en los noventa la vemos asomando en el área de la salud.

Es precisamente en este campo en el que el concepto de interculturalidad ha intentado ser operativizado y puesto en marcha con la finalidad de disminuir brechas en la situación de salud y mejorar la calidad de la atención en nuestro país, en vista de que diversos estudios hacían evidente la percepción negativa del modelo de salud occidental, sobre todo por parte de los grupos indígenas.

De este modo el concepto de interculturalidad comienza a ingresar –no sin problemas conceptuales o falta de consenso sobre de qué se está hablando y cuáles son sus reales alcances– en el imaginario de los profesionales del sector salud a partir de la creación del INMETRA a inicios de los noventa, en donde se focaliza la apuesta por la articulación de la medicina occidental con la tradicional en los niveles de atención primaria y muy posteriormente en toda la política nacional de salud, con una significativa influencia de metodologías que vinculan a la antropología y su método de estudio: la etnografía, entre otros como el de conocimientos, actitudes y prácticas (CAP). Solo a modo de ejemplo, y más allá del marco institucional del INMETRA, una investigación importante realizada por el Proyecto VIGIA en 1999 da cuenta de una sistematización de estudios etnográficos, CAP sobre enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes¹, evidenciando la necesidad y utilidad de más estudios socioantropológicos para elevar la eficacia de los programas preventivos de salud.

Como ya se ha señalado, en el 2003 el MINSA elabora un estudio diagnóstico exploratorio sobre salud intercultural, en el marco del Programa de Apoyo a la Modernización del Sector Salud auspiciado por la Comisión Europea e implementado por Amares. Su objetivo fue sustentar la “necesidad de un enfoque intercultural en todos los aspectos del sector salud” y estuvo a cargo de las antropólogas Lupe Camino Diez Canseco, Moraima Montibeller Ardiles y de la comunicadora Estela Roeder Carbo. El estudio, que se concentró en Huancavelica, Ayacucho y Andahuaylas, señala que la interculturalidad ha sido entendida como una estrategia para que “el otro” piense de manera occidental.

Como consecuencia de lo anterior, durante el 2004 se diseñó y ejecutó el Primer Diplomado en Salud Intercultural dirigido a profesionales de la salud de las zonas señaladas anteriormente, con el objetivo de mejorar el nivel de competencias de los profesionales sanitarios en el tratamiento de las problemáticas de salud en áreas indígenas y urbanas, así como de contribuir a mejorar la calidad de vida de la población y humanizar los servicios de salud de la región a través de la formación de recursos humanos para un tratamiento de las problemáticas de salud de la población desde una perspectiva intercultural. El diplomado, que se replicó en años posteriores, se

¹ Las enfermedades emergentes son aquellas que no son conocidas en nuestro medio, mientras que las reemergentes son aquellas que fueron consideradas como “retiradas” pero, por diversas razones, presentan un incremento en el ámbito local.

caracterizó por incorporar una mirada integral al tema de salud y estimular estudios locales y puntuales a cargo de los profesionales becados, en donde la variable cultural tuviera un peso importante.

No obstante, en muchas partes del país, las percepciones y los discursos de los pobladores hacia los servicios de salud y viceversa evidencian una carga negativa relacional en la que se van descalificando unos a otros, mientras que en ámbitos más urbanos la aparición y la presencia de un sinnúmero de modelos y terapias alternativas y complementarias –cuyas doctrinas descansan en paradigmas distintos del occidental– ponen en cuestión al sistema médico occidental. Sobre interculturalidad en salud, Oyarce nos señala que es

la capacidad de moverse equilibradamente entre conocimientos, creencias y prácticas culturales diferentes respecto de la salud y enfermedad, la vida, la muerte, el cuerpo biológico, social y relacional (...) mientras que en el plano operativo lo entiende como potenciar lo común entre el sistema médico occidental y el sistema médico indígena y ser capaces de respetar y mantener la diversidad (Oyarce, 1996, p. 79).

Son diversas las conceptualizaciones que se dan sobre interculturalidad en salud o salud intercultural (términos usados indistintamente), pero todas apuntan a considerarla como

un conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna; que se dirige, más que al paciente o a la enfermedad como hechos aislados, a las personas consideradas en su integridad física y mental, y como seres sociales pertenecientes a diferentes tipos de familia que están en permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural (Caramés, 2004, p. 49).

Por otra parte, Mirna Cunningham considera que la interculturalidad en salud responde a diversos objetivos, como por ejemplo que las poblaciones indígenas tengan la posibilidad de mantener sus prácticas en salud y superar las relaciones asimétricas en este ámbito, promover la comunicación entre culturas para, de esta manera, fomentar la inclusión social en el tema de salud, entre otros (Cunningham, 2002, p. 3).

Siguiendo a la autora (2002, p. 8), “en la organización de los servicios de salud se practican diversos enfoques que confunden la interculturalidad con modelos integracionistas o de asimilación típicos de las relaciones que han prevalecido entre los estados con los pueblos indígenas”.

2.1.4. Sobre los conceptos de medicina tradicional, alternativa y complementaria

A lo largo de este documento se utilizan los conceptos de medicina tradicional, alternativa y complementaria, y el de sistemas de salud. Cabe precisar que el contenido de estos conceptos hoy en día suele confundirse, entremezclarse y oponerse, entre otros; no están exentos de debate académico e institucional e incluso podemos ver en alguna literatura o postura la pretensión de cambiarlos. Esta pretensión descansa evidentemente en que los términos de medicina tradicional, por ejemplo, tienen carga valorativa y están muy asociados a lo “antiguo”, a lo empírico, a la práctica curanderil de raigambre prehispánica y sin base científica. Se busca sinónimos como medicina “natural” o “ancestral”, entre otros. Para el caso de las medicinas alternativas y complementarias el tema es más complejo porque son términos que engloban a diversos sistemas médicos de origen no occidental y, aunque hayan surgido en Europa, son considerados marginales. La constante en estos modelos es que nos hablan de la relación mente-cuerpo, de la armonía y de principios vitalizadores del cuerpo, del espíritu, etc. En este contexto, surgen diversas propuestas de nombres como medicina integrativa, medicina sintérgica y medicina neohipocrática, entre otros.

En este documento hemos optado por la denominación registrada en documentos oficiales, en vista de que lo que se toma como referencia es cómo ve la medicina oficial a los demás sistemas, aspecto que se apreciará en los capítulos correspondientes.

A manera de conclusión, lo significativo de nuestro marco teórico es que nos permite ver los modelos médicos como sistemas culturales pero a la vez interactuando entre sí, con lo que implica todo proceso de *interacción intercultural* ampliamente estudiado por la antropología: la asimilación, la adecuación, el mutuo aprendizaje, la innovación, la discriminación o la exclusión incluso, entre otras posibilidades. Con

este marco teórico en mente, procedimos a elaborar los criterios metodológicos que se exponen en el siguiente capítulo.

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA

En el presente capítulo damos cuenta del método, enfoque y los criterios empleados a lo largo de la investigación. Nos ha sido útil concentrar la muestra en un número determinado de comunidades nativas y aplicar dos técnicas básicas: el trabajo de campo y la indagación bibliográfica.

3.1. Diseño de la investigación

Esta investigación se encuadra en el enfoque cualitativo, que pretende privilegiar la perspectiva del actor, sus emociones y formas de ver las circunstancias por las que pasa cuando es afectado por las enfermedades. Es así que recogemos datos, creencias y conductas observables de las personas con las que hemos interactuado y que interpretamos a la luz del marco teórico expuesto.

Como aspecto característico de esta investigación, tomamos como base diversos estudios de caso, registrados en distintos tiempos (2002-2011) y en diferentes lugares, con un denominador común: el establecimiento de salud (ya sea centro o posta) como espacio privilegiado para la realización de las entrevistas, en lo relacionado con la medicina tradicional. Para el caso de la medicina alternativa, nos hemos concentrado en entrevistas a profesionales destacados en este rubro, entre otros terapeutas.

Si bien la intención de articular los sistemas de salud occidentales y tradicionales y/o alternativos no es tan reciente, las condiciones hoy en día son favorables para lograrlo, de allí que esta investigación puede ser comprendida como exploratoria de cuánto se ha hecho, cuánto se ha avanzado y qué dificultades se encuentran en el camino.

El desarrollo de esta investigación combina el análisis de fuentes documentales, la observación participante y directa en tanto desempeñamos labores en el desaparecido INMETRA de 1997 al 2002 y en el CENSI durante los años 2002 al 2006.

En este sentido, constituyen fuentes de información las diversas actividades, eventos, trabajo de campo, en los que participamos como funcionario de ambas instituciones y en los que, con cuaderno de campo en mano, pudimos presenciar, observar y registrar de cerca los prejuicios, posiciones, intereses e incomprendiones que existen hacia la medicina tradicional o hacia las medicinas alternativas y complementarias por parte de representantes del sistema médico oficial, entre otros.

Asimismo, incorpora la interacción que sostuvimos (y sostenemos) en aulas universitarias con distintos profesionales médicos, terapeutas de las más diversas especialidades y entendidos en la materia, y que nos permiten cotejar, contrastar y “actualizar” nuestras reflexiones.

Por otra parte, utilizamos la entrevista a profundidad con destacados profesionales en salud pública, funcionarios públicos relacionados con el tema, médicos practicantes de las medicinas tradicionales o de las medicinas alternativas, así como con antropólogos investigadores de la medicina tradicional.

Se contrastó toda la documentación revisada con nuestra experiencia personal, tratando de seguir una línea de reflexión acerca de la subordinación, exclusión y marginación de sistemas médicos distintos al occidental en el sistema oficial de salud.

3.2. Población y muestra

La población y muestra estuvieron compuestas por once comunidades nativas, profesionales, promotores de salud y agentes de medicina tradicional, con quienes interactuamos para lograr objetivos institucionales de mejoramiento de la situación de salud, igual que con indígenas junto a quienes presenciábamos algunas epidemias mortales o con quienes compartimos su preocupación por vivir en un ambiente sano. Durante nuestra labor como servidores públicos también realizamos entrevistas en profundidad a destacados profesionales de la salud, representantes del sistema médico oficial, de las medicinas tradicionales y de las medicinas alternativas, así como a los alumnos del Diplomado de Medicina Natural y Complementaria de la Universidad Norbert Wiener, desde la primera edición 2002 hasta la última edición 2014, y del Diplomado de Medicina Complementaria de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Las comunidades nativas visitadas en el período 2002-2006 fueron aquellas en las que el INMETRA o el CENSI priorizaron su atención para dar cumplimiento a diversas actividades como, por ejemplo, levantamiento de información y talleres de capacitación, entre otras. Consideramos asimismo aquellas visitas hechas en el marco de situaciones contingentes, como epidemia de muerte en humanos por rabia en murciélagos y fiebre amarilla, o aquellas relacionadas con la solicitud de intervención del CENSI en situaciones de conflictividad socioambiental. En el *Cuadro 1* reflejamos, en estricto orden cronológico, las comunidades nativas que visitamos así como las circunstancias de dichas visitas, las que podemos dividir en: a) visitas “programadas” para concretar los objetivos de INMETRA / CENSI y b) visitas no programadas como consecuencia de situaciones contingentes, pero que ameritaban una evaluación del problema desde un punto de vista intercultural.

Entre el 2002-2006 estaba en elaboración la Estrategia Sanitaria de Pueblos Indígenas y el sector se concentró sobre todo en el ámbito amazónico. En dicho período visitamos la mayoría de comunidades en el desempeño de nuestras funciones como servidores públicos. Las visitas efectuadas en el 2011 corresponden a casos de conflictividad socioambiental en las que participaron representantes del CENSI

promoviendo el mecanismo del diálogo intercultural en salud y que tuvimos la oportunidad de presenciar, aunque ya como representantes de otro sector del Estado. En todos los casos nos interesamos más en los aspectos *relacionales*, en conocer las actitudes hacia los conceptos o conocimientos de los agentes de medicina tradicional tanto de los profesionales de la salud como de la población, y de qué manera venían utilizando las técnicas curativas tradicionales. Más que equivalencias en la selección de la muestra, nuestra intención fue registrar constantes actitudinales del profesional de salud hacia otro tipo de conocimientos sobre el proceso salud / enfermedad / atención.

3. 3. Técnicas e instrumentos para la recolección de información

3.3.1. Entrevistas

Las entrevistas en profundidad se dirigieron básicamente a tres grupos diferenciados: biomédicos, médicos y terapeutas tradicionales, y médicos y terapeutas alternativos y complementarios de los servicios de salud que han incorporado a su práctica profesional diversos elementos terapéuticos. A cada uno de ellos se le preparó un instrumento distinto que guio la entrevista con la finalidad de comprobar o descartar nuestras hipótesis.

La selección de las personas entrevistadas reúne a una muestra representativa, de acuerdo a los grupos señalados anteriormente, con los siguientes criterios:

- a) Ser funcionarios vinculados a la implementación de políticas públicas para la articulación de la medicina tradicional, alternativa y complementaria, de comprobada trayectoria y *expertise* en el tema y dedicados a la docencia.
- b) Ser profesionales de la salud que por diversas razones, y no obstante haber recibido enseñanza en la medicina occidental, han optado por el ejercicio de la

medicina alternativa combinando procedimientos terapéuticos diversos con éxito y reconocimiento, y dedicados a la docencia.

- c) Curanderos y terapeutas que han logrado conformar asociaciones y realizan labores de incidencia y de promoción de sus prácticas terapéuticas.

La utilización de las entrevistas abiertas busca que el entrevistado tenga mayor apertura para la reflexión del tema motivo de la investigación y, a la vez, le permite al investigador ir identificando nuevos temas que podrían ser relevantes para su objeto de estudio.

3.3.2. Observación participante

La observación participante se concentró en el ámbito de las comunidades nativas seleccionadas y tuvo la finalidad de describir las ideas, prácticas y técnicas utilizadas en cada uno de los respectivos sistemas médicos, así como la interacción y los roles de los diferentes actores involucrados en el proceso.

3.3.3. Trabajo de campo

Se realizó entre los años 2002 y 2006, con períodos intermitentes durante el 2011-2013, con la finalidad de evaluar el proceso de salud y enfermedad en relación a nuestro objeto de estudio y siempre en el marco de nuestras actividades como servidores públicos.

El trabajo de campo etnográfico se llevó a cabo en diversas comunidades nativas, especialmente con las personas practicantes en los aspectos de medicina tradicional (MT) o profesionales de salud de los centros o postas de salud, así como en instituciones hospitalarias o establecimientos de salud en Lima que cuentan con algún tipo de servicio de medicina alternativa y complementaria (MAC), con la finalidad de

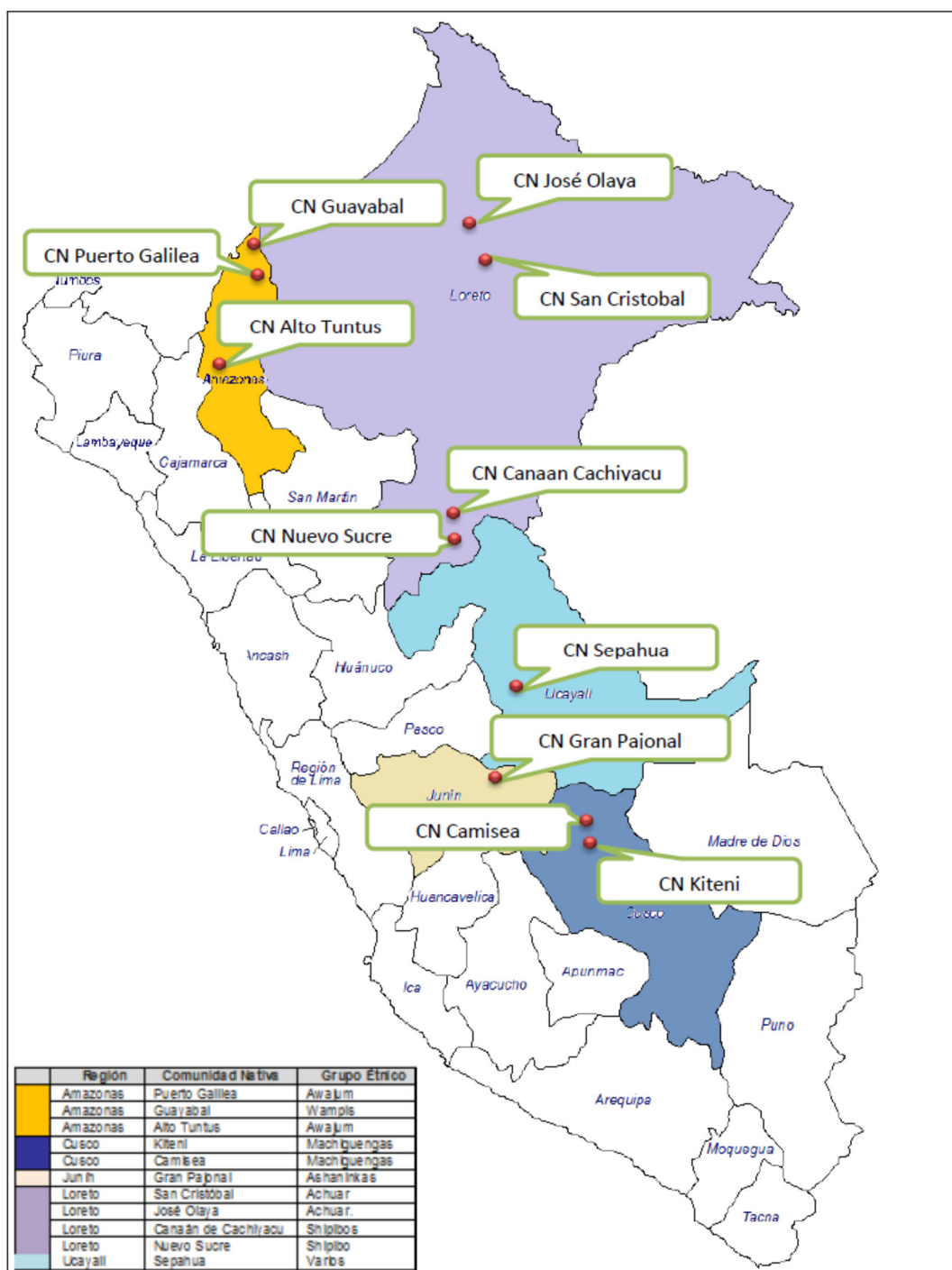
comprobar nuestras hipótesis de trabajo. Además, se efectuó una serie de entrevistas a profesionales que emplean la medicina alternativa y complementaria en su práctica privada o pública.

Cuadro 1. Comunidades nativas visitadas en trabajo de campo

Región	Comunidad Nativa	Grupo étnico	Período	Comentario
Amazonas	Puerto Galilea	Awajún	Diciembre de 2002	Visita regular de capacitación
Cusco	Kiteni	Machiguengas	Febrero 2005	Visita regular de registro de información
Amazonas	Guayabal	Wampis	Marzo-abril 2005	Epidemia de rabia por mordedura de murciélago.
Loreto	San Cristóbal	Achuar	Julio 2005	Contaminación en la sangre por actividades extractivas.
Loreto	José Olaya	Achuar	Julio 2005	Contaminación en la sangre por actividades extractivas.
Ucayali	Sepahua	Pluriétnico	Octubre 2005	Visita regular de registro de información
Amazonas	Alto Tuntus	Awajún	Enero-febrero 2006	Epidemia de fiebre amarilla
Junín	Gran Pajonal	Asháninkas	Julio 2006	Visita regular de registro de información
Cusco	Camisea	Machiguengas	Agosto-diciembre 2006	Visita regular de registro de información
Loreto	Canaán de Cachiyacu	Shipibos	Agosto-octubre 2011	Diálogo intercultural en salud. Conflicto socioambiental
Loreto	Nuevo Sucre	Shipibos	Agosto-octubre 2011	Diálogo intercultural en salud. Conflicto socioambiental

Fuente: Elaboración propia (2012).

Mapa 1. Distribución geográfica de las comunidades nativas visitadas



Fuente: Elaboración propia (2016).

Cuadro 2. Profesionales de salud entrevistados vinculados al tema de la MT y/o MAC

Profesional	Institución
Dr. Jaime Zalles	Viceministro de Medicina Tradicional e Interculturalidad de Bolivia.
Dra. Marcia Malaspina	Hospital Hipólito Unanue.
Dr. Martín Corbacho	Homeópata.
Dra. Martha Villar	EsSalud, área de medicina alternativa y complementaria.
Dr. Oswaldo Salaverry	Exdirector del Centro Nacional de Salud Intercultural.
Dr. Pavlusha Luyando	Policlínico Sagrada Familia. Extrabajador del área de medicina alternativa y complementaria del CENSI.
Dr. Duilio Fuentes	Exdirector de Medicina Alternativa y Complementaria del CENSI.
Dr. Luis Bolo	Exdirector de Medicina Alternativa y Complementaria del CENSI.
Dr. Víctor Guillén Lorena	Médico especializado en fitoterapia.
Dr. Hugo Rengifo	Comité de Medicina Tradicional del Colegio Médico del Perú.
Dr. Luis Raygada	Docente del Diplomado de Medicina Natural de la Universidad Norbert Wiener.
Segundo Martínez	Maestro curandero.
Vivian Freideles	Terapeuta alternativa.
María Grazia Gonzales	Terapeuta alternativa. MONARCAS.

Fuente: Elaboración propia (2012)

En este trabajo de investigación hemos querido observar o indagar las representaciones del proceso de salud y enfermedad que presentan tanto profesionales de la salud como población, ya sea para el caso de una comunidad nativa o en ámbitos urbanos como Lima, y que estén relacionados con saberes médicos distintos a la denominada medicina occidental.

3.3.4. Indagación bibliográfica

El material bibliográfico revisado ha sido diverso: publicaciones especializadas en el tema, revistas y artículos de instituciones, impresos u *online*, boletines, tesis, publicaciones oficiales del MINSA (normas, directivas e investigaciones) y de la OMS, entre otros.

Con todo este material hemos podido reconstruir “la línea de tiempo” de las iniciativas del proceso de incorporación de la medicina tradicional al sistema oficial de salud, sobre todo en las décadas del setenta y ochenta. Asimismo, sobre la base de esta revisión bibliográfica hemos elaborado el marco teórico.

3.3.5. Procedimiento de análisis de información

Una vez transcritas las entrevistas hemos optado por identificar ejes temáticos con la finalidad de organizar la información. En los resultados de la investigación se podrá observar que la información consignada sigue la secuencia siguiente: generalidades, situación de salud de la comunidad, interrelaciones entre profesionales de la salud y población local, y aspectos relacionados con la medicina tradicional; todo ello desde el punto de vista de los propios actores.

El trabajo de campo resume el acumulado de nuestra práctica profesional en el MINSA, específicamente en lo que fuera el INMETRA y en el hoy CENSI. Como parte de nuestro trabajo, visitamos comunidades nativas y sus establecimientos de salud con la finalidad de recabar información para el sector con el objetivo de articular los sistemas de salud oficial y tradicional, alternativo y complementario.

Abordar desde un punto de vista etnográfico un establecimiento de salud supone indagar acerca de la representación de la salud y de la enfermedad, del cuerpo humano, sobre el valor que le atribuyen las personas a la salud, sobre las interrelaciones de los profesionales y los “pacientes”, entre otras variables. Cabe destacar que desde un punto de vista sociológico los estudios de establecimientos de

salud inciden en los aspectos institucionales, organizativos, formas de administrar las terapias, costos, etc.

De nuestra investigación queremos destacar que abordaremos los aspectos relacionados a la práctica de salud oficial frente a la medicina tradicional, alternativa y complementaria.

En este sentido, el trabajo de campo en su conjunto apunta a describir:

1. Si existe “diálogo” de saberes entre las medicinas tradicional, alternativa y complementaria con la medicina occidental.
2. Cuáles son las apreciaciones de los médicos occidentales sobre la medicina tradicional, alternativa y complementaria y sus agentes.
3. ¿La relación entre la medicina tradicional, la medicina alternativa y complementaria y la medicina formal es de respeto / tolerancia / aprendizaje mutuo / conflicto?
4. ¿En qué ocasiones se acude a la medicina tradicional y en cuáles a la medicina formal?
5. ¿Qué ventajas y desventajas encuentran en cada una de ellas?
6. ¿Cuáles son las características y estructura del sistema oficial de salud?

Finalmente, en el siguiente capítulo mostramos la información consolidada y sistematizada del trabajo de campo en las comunidades nativas seleccionadas. Especialmente nos concentramos en los centros de salud existentes en dichas comunidades y en la forma o tipo de relación entre profesionales y población.

CAPÍTULO 4

LOS CENTROS DE SALUD COMO ESPACIO DE (DES)ENCUENTROS INTERCULTURALES

De entre tantos aspectos que se pudo haber analizado, nos interesamos por enfocar nuestra atención en lo que pasa dentro de un centro de salud, donde no solo se proyecta –a través de los profesionales de salud evidentemente– la doctrina conceptual y conductual del sistema médico occidental, sino también toda una serie de limitaciones que surgen al momento de difundir dicho sistema en contextos donde la cosmovisión es otra. Superar estas limitaciones es el objetivo de toda política intercultural en salud: creemos que es esencial comenzar comprendiendo “al otro”. En algunas comunidades nativas visitadas nos tocó presenciar situaciones difíciles y sentir cierta impotencia (compartida con personal de salud) frente a epidemias que se llevaban a niños y jóvenes indefensos. En otras ocasiones pudimos comprobar lo extendido de las prácticas tradicionales y, curiosamente, que estas sean algo así como “invisibles” para el profesional de salud, como si el centro de salud fuera para él “el núcleo” de todo lo existente y, hacia afuera, evitara o limitara el contacto.

Pero el centro de salud, sobre todo en comunidades nativas y campesinas, ocupa un espacio que sirve de referente para establecer el nivel de relaciones conflictivas entre los representantes de la salud oficial y la población –en este caso nativa–, así como para explorar las representaciones sobre el proceso salud y enfermedad desde la perspectiva de todos los actores. Generalmente los centros de salud, en el mejor de los casos, cuentan con un médico, una enfermera, una obstetriz, un técnico laboratorista y dos personas para registro de admisión y triaje; en otros casos solo tienen obstetriz y enfermera, o técnico de salud, o promotor, etc.

Son conocidas las deficiencias en recursos humanos y logísticos, a las que se suman las dificultades lingüísticas, culturales, de acusaciones mutuas y “competitividad”.

No vamos a hablar aquí en detalle sobre los índices de prevalencia de las enfermedades existentes, por demás conocidas en todos los cuadros estadísticos oficiales. Nos ceñiremos a un enfoque intercultural y, a partir de nuestra labor de campo, buscaremos acercarnos al universo de conflictividad en las relaciones entre prestadores de salud y población local.

Previo a ello, cabe recordar que ya existe y se viene desarrollando toda una normativa con la finalidad de sentar las bases de la interculturalidad en las políticas de salud. En este sentido, el denominador común de lo que se entiende por interculturalidad gira en torno al respeto y al diálogo a nivel discursivo, pero en la práctica se expresa como una estrategia para disminuir las brechas existentes en los servicios de salud, sin descuidar el posicionamiento de la medicina occidental.

Se habla de respeto y valoración de la diversidad cultural pero, no obstante, el tema del reconocimiento a los agentes de la medicina tradicional sigue pendiente.

Sobre la interculturalidad hay que señalar que existen tantas comprensiones como cantidad de personas entrevistadas; sin embargo, cuando se habla al respecto se pone énfasis en un “cambio de actitud”. Con la intención de unificar criterios, la norma 792-2006/MINSA elabora el marco conceptual del enfoque de derechos, género e interculturalidad, señalando que la interculturalidad en salud implica:

La búsqueda de estrategias conjuntas para abordar la salud teniendo en cuenta las diferentes culturas que habitan en un país consideradas actores sociales con los mismos derechos ciudadanos en un contexto de equidad política, económica y cultural, sin ningún tipo de discriminación, especialmente con los indígenas, que son los más excluidos y marginados.

Exponemos a continuación un ejemplo de las respuestas obtenidas frente a la pregunta sobre qué es interculturalidad en salud:

Trabajar con comunidades indígenas supone un cambio de actitudes, cambio de conductas, cambio de paradigmas, eliminar nuestros prejuicios (...) Si en salud decíamos: “Tú tienes tal enfermedad, yo solo te voy a curar, tu cirugía va a costar x dólares”, quizás ahora tengamos que decir que vamos a prevenir que nadie se enferme por no estar muy bien nutrido/a; vamos a promover la salud según las estrategias de atención primaria de la OMS en 1978. Todos tenemos el derecho de participar en la salud, de modo que vamos a cuidar la salud entre todos, con inclusión de las parteras y expertos tradicionales de cada cultura. Y además van a participar los municipios y las redes sociales para que la salud sea un servicio asequible a la población. La cultura dominante desprecia todo lo de la cultura dominada, colonizar es ignorar los valores, la técnica, la ciencia de las culturas colonizadas para imponer un sistema diferente. Si no somos capaces de cambiar de actitudes, de conductas y de revisar nuestros prejuicios, no nos atrevamos a trabajar en la estrategia familiar, comunitaria e intercultural, a riesgo de provocar su fracaso. Tenemos que cambiar de paradigma en nuestro trabajo en salud (Entrevista a Jaime Zalles, viceministro de Medicina Tradicional e Interculturalidad de Bolivia).

Generalmente el personal de salud es consciente de la existencia de varios sistemas de salud, pero con la particularidad de que estos “chocan” con el suyo, tal como se refleja en los diferentes registros etnográficos que detallamos a continuación.

4.1 Comunidad Nativa de Puerto Galilea

La comunidad nativa de Puerto Galilea pertenece al grupo étnico awajún y se ubica en el distrito de Río Santiago, provincia de Condorcanqui, región Amazonas.

Cuenta con una población de 87 familias aproximadamente y con centros educativos de nivel inicial, primario y secundario. Además, en dicha comunidad están asentados colonos de diversas regiones, sobre todo de Lambayeque, Cajamarca y Piura, que comparten el espacio territorial.

El centro de salud tiene un médico, una enfermera y una enfermera obstetra, además de promotores de salud, quienes se han beneficiado de un conjunto de iniciativas de fortalecimiento de capacidades por parte del



sector salud a través de la cooperación internacional, especialmente de UNICEF. En esta comunidad se realizó una dinámica de *focus group* en la que participaron promotores de salud, nombre con el que el personal de salud engloba a las personas que cuentan con algún conocimiento relacionado a la medicina tradicional.

Cabe precisar que estas personas se autodenominan o son conocidas como “vegetalistas”, “curiosos” y



“parteras”, habiendo recibido por lo menos una capacitación por parte de la correspondiente Dirección Regional de Salud (DIRESA), en este caso la de Amazonas (el mismo formato es extrapolable a todas las comunidades nativas y campesinas a nivel nacional). También participaron los profesionales de salud del establecimiento de Puerto Galilea. El *focus group* convocó a representantes de las comunidades de Cucuhuaza, Onanga, Pashkush, Palometa, Kandungos, Ajachim, Pachis, Aimtam, Soledad, Tipishca, Ayambis, Baradero, Kusuim, Huabal, Caterpiza, Boca Chinganaza, Villa Gonzalo, Pampaentsa, Chapiza, Progreso, Muwaim y Nueva Esperanza.

Son promotores de salud quienes tienen algún conocimiento sobre el uso de las plantas medicinales y aquellos designados por decisión de la asamblea comunal en función de cierto grado de responsabilidad reconocida en la persona. También hemos recogido una referencia de que por “visión” han optado por comprometerse como promotores.

De acuerdo a los últimos datos oficiales las principales causas de enfermedades son las infecciones agudas de las vías respiratorias superiores e inferiores, enfermedades infecciosas intestinales, helmintiasis, desnutrición, afecciones de la cavidad bucal, de las glándulas salivales y de los maxilares, dorsopatías, infecciones de la piel y del tejido subcutáneo, dolencias del sistema urinario y trastornos de la conjuntiva:

Las enfermedades más comunes son las que más se contagian en esta zona, como la malaria, hepatitis, infecciones respiratorias, cólicos, diarrea, gripe; las infecciones es lo que más afecta a las mujeres; últimamente también las infecciones urinarias. Hay otras enfermedades no conocidas que ahorita, en esta época, están apareciendo. Por ejemplo, las heridas en todo el cuerpo que dan comezón. Antes no había este tipo de enfermedades porque la gente vivía dispersa, no se encontraba acá en las riberas del río (Personal de salud).

Las personas denominadas “curiosos” o “vegetalistas” son consultadas por aquellos comuneros que desean solucionar problemas de salud. Gozan de cierta credibilidad por cuanto alivian una necesidad que no cubre el sector salud, ya sea porque el



centro de salud de la comunidad no cuenta con los medicamentos necesarios o simplemente porque los comuneros desconfían del personal: “Yo me he tenido que aprender las plantas medicinales porque en mi comunidad existe un puesto de salud pero no tiene medicamentos, y también he recibido charlas sobre higiene, sobre recojo de basura” (Representante de Boca Chinganaza).

Estos “vegetalistas” realizan visitas a enfermos y asumen una responsabilidad que los satisface personalmente, no obstante existir tensiones con el sistema oficial de salud y entre sus propios congéneres:

A mí, por ejemplo, me critica el técnico de salud porque dice que por qué tengo que visitar enfermos si no soy doctor, pero la familia de los enfermos vienen a preguntarme qué puedo hacer para que se cure su familiar. También recibo calumnias porque algunos dicen que soy “mágico” (refiriéndose a ser brujo) (Representante de Boca Chinganaza).

Otros asumen su rol con mucha expectativa de superación y “de encaje” con el sistema oficial de salud. Para el sector salud, el promotor es uno de los *locus* a partir del cual se pretende ampliar la racionalidad médica y los mecanismos de control sobre las actividades de salud. Estos promotores no reciben, a la fecha, ningún estímulo económico por su labor y asimilan, en parte, el discurso promovido por el sector. En este sentido, una de las críticas a esta forma de trabajo proviene de los propios promotores, quienes reclaman algún reconocimiento pecuniario por su labor, en tanto les resta tiempo para realizar actividades propias de su rol de comuneros:

Yo como promotor coordino con el técnico sanitario y a veces coordino con el médico para dar las charlas educativas, de higiene personal; al comienzo en mi *trabajo* he encontrado problemas por falta de materiales, pero hay que tener paciencia y responsabilidad hacia los demás porque tenemos que *mejorar la calidad de vida* de los demás (Representante de Ajachim).

Mejorar la calidad de vida de la población es un objetivo que figura en casi todos los documentos, proyectos, normas, etc. que elabora el sector salud, y es mencionado repetidas veces por el personal de salud en las entrevistas personales.

Esta estrategia también suele estar legitimada por las asambleas comunales que designan a uno de sus integrantes para que sea promotor de salud, “eligiendo” de preferencia a jóvenes que tengan cierto nivel de educación y bilingüismo, con la finalidad de que las capacitaciones sean asimilables y puedan ayudar al establecimiento de salud en labores elementales como las de registro:

Yo participo en las campañas de vacunación por ejemplo y, para poder hacer eso, visito de casa en casa para dar las charlas de prevención de salud y decirles

a mis hermanos que debemos tener todas nuestras vacunas para poder prevenir enfermedades. Yo lo que quiero es llegar a ser técnico sanitario o enfermero (Representante de Soledad).

Es decir, el proceso de medicalización se internaliza en los promotores de tal modo que cuando se quiere precisar qué se debe mejorar, siempre se señala el deseo de tener una mejor posta de salud: “Acá necesitamos más capacitación, tener movilidad (chalupa²) propia, tener material completo” (Representante de Soledad).

Existe una fuente de vulnerabilidad generada por las críticas al promotor de salud proveniente de sus propios congéneres, debido a la exigencia de pronta recuperación de los pacientes que no siempre se logra: “La comunidad siempre critica al promotor porque creen que sus familias se van a curar rápido, nosotros damos charlas educativas, higiene y saneamiento ambiental. Si se enferman es porque no han aprendido” (Representante de Soledad).

En esta comunidad, como en muchas otras de la misma cuenca, los pobladores acuden con cierta regularidad a los establecimientos de salud y también recurren a los conocedores de algunos aspectos de la medicina tradicional, sobre todo en lo relacionado a temas materno-infantiles tales como el parto, consejos para el cuidado de los recién nacidos, etc.

En todos los establecimientos visitados se ha constatado que el personal de salud, a pesar de conocer o tener información de que en las comunidades nativas donde trabaja existen conocedores de la medicina tradicional en cualquiera de sus formas (por ejemplo en el uso de las plantas), no toma mayores iniciativas de acercamiento con la finalidad de, por lo menos, comprender los aspectos sociales alrededor de la salud y la enfermedad para, a partir de allí,



2. Chalupa es el nombre con el que se conoce a las embarcaciones fluviales con motor fuera de borda, muy difundidas en toda la Amazonía.

construir alguna posibilidad de diálogo con miras a una colaboración más eficaz:

Acá ya vienen cuando están mal, así están acostumbrados, usan sus plantas y cuando ven que no mejoran vienen a la posta y te piden que les cures, si no les curas te critican (...) Yo trabajo en la posta a partir de las siete y media de la mañana. No me puedo ausentar de mi puesto, salvo caso de emergencia, ellos tienen que venir (Personal de salud de Puerto Galilea).

De hecho, ante la pregunta de quién era el responsable por la salud de los pobladores, casi todas las respuestas se dirigían hacia el personal de salud –incluido el promotor– o hacia los padres de familia, pero en ningún caso se orientaban al especialista en medicina tradicional de manera explícita:

Prevención de enfermedades. O sea, no arrojar basura, tomar agua hervida, no arrojar plástico, latas, pilas, porque eso es lo que más malogra el medio ambiente. También cuidar de su salud, sobre todo en la agricultura, esa indicación es sobre todo para los padres de familia. Son algunas de las indicaciones que les damos. Al regresar tienen que lavar sus manos porque hay niños que solo comen sus alimentos y no se lavan; de ahí vienen los parásitos que no he mencionado, las enfermedades más comunes son con parásitos.

Frente a la actitud del personal de salud o su “activismo” en la comunidad solemos escuchar respuestas como:

Ellos tienen sus horas de atención y después de eso si no hay emergencia no atienden. Una promotora o técnico no tienen las horas limitadas porque la enfermedad no espera, en cualquier momento puede haber atención (...) pero yo veo algo muy importante: que la técnica de salud tiene que hacer reuniones fijando la fecha, o sea las reuniones tienen que ser permanentes para dar orientación a las madres de familia, esa es la función de la técnica. También deben ser un poco más conscientes las promotoras y las técnicas, y atender a los pacientes a cualquier hora pero no es así.

En medicina tradicional la tendencia es a reflejar diversos conocimientos sobre el uso de plantas medicinales; no obstante, la aparición de enfermedades es asociada a

factores nuevos como el aumento poblacional. Así lo manifiestan representantes de Puerto Galilea:

Las enfermedades fácilmente se curaban con plantas medicinales sin hacer mayores gastos, pero con el aumento poblacional, con la llegada de personas de afuera y con el medio ambiente, el clima, se ven las enfermedades no conocidas. Sobre todo les afectan a los niños pequeños, a los niños en edad escolar y para curarlos nos hacen falta las medicinas.

O sea, cuando se bañan (en el río) es agua contaminada, entonces cuando llueve acarrea todo. Acá la gente no tiene baño propio, silos, nada (...) o sea que toda esa basura se arroja al río y de ahí ya esa contaminación deben producir las enfermedades. Esas son las enfermedades nuevas que antes no habían acá.

Como conclusión podemos señalar que en esta comunidad existen agentes de medicina tradicional capacitados, razón por la cual su práctica está siendo revalorada a nivel comunal. Por otra parte, las críticas hacia el personal de salud se dirigen sobre todo a la calidad de atención y a cierto desinterés en comprender los sistemas de conocimiento tradicional en materia de salud.

4.2 Centro Poblado de Kiteni

El vocablo “kiteni” es de origen machiguenga y traducido al castellano significa “agua de piedra amarilla”. El centro poblado actual, ubicado entre la margen derecha del río Kiteni y la margen izquierda del río Alto Urubamba, data de 1972, siendo el más antiguo de la zona.

Kiteni pertenece al extenso distrito de Echarate, provincia de La Convención, departamento de Cusco. La distancia aproximada a la capital distrital es de 98 km, en

una carretera que sigue al río Alto Urubamba hacia el pongo de Mainique. La distancia a la capital de la provincia es de 135 km en carretera y de 150 km más, también en carretera, a la ciudad del Cusco, sede de la DIRESA. Los límites de la localidad de Kiteni colindan con otros centros poblados con menos habitantes.

La posta de salud tiene jurisdicción sobre otras once comunidades. Los problemas más comunes descritos por su personal son los referidos a la muerte materna y a aspectos logísticos, no obstante contar con adecuada infraestructura. El acceso a estas comunidades es relativamente fácil, excepto a la de Aendoshiari, por las dificultades geográficas. Pocas veces son apoyadas por la empresa privada Transporte Gas del Perú (TGP) que opera en la zona.

En cuanto al abastecimiento de medicinas cuentan con la cobertura suficiente, siendo los problemas de malaria los más recurrentes. Para el personal de salud: “Hay algunos *nativos civilizados* que vienen a la posta o a los hospitales de la ciudad, sino después hay que ir a la comunidad a hacer el seguimiento. Otro problema para nosotros es que no siguen los tratamientos que les damos”.

Por otra parte, consideran el lenguaje como un obstáculo para su trabajo: “Como son nativos no te entienden, los promotores no son pagados y colaboran cuando pueden, si les pagaran trabajarían mejor como dicen ellos. El promotor tiene que ocupar mucho tiempo y tiene que dejar de hacer sus actividades”.

Finalmente, la sobrecarga de actividades como consecuencia de las dinámicas locales también es considerada un problema:

Cuando están con la cosecha del café, cacao, coca, que es cada tres meses, te hablo de los mestizos, entonces no vienen a la posta de salud y después nosotros estamos sobrecargados con todo (...) A veces cuando vienen a la posta de salud (los nativos) y no tienen cómo regresarse tenemos que costearles su regreso y hacemos una colecta para que vuelvan a sus comunidades (Personal de salud).

Como conclusión, podemos señalar que para el personal de salud existen barreras lingüísticas por parte del “otro” para desempeñar su labor y prejuicio marcado al considerar que la población indígena por no ser “civilizada” requiere mayor esfuerzo

para hacer seguimiento y control sobre las prescripciones. Por otra parte, la actividad económica comunal condiciona las acciones de este personal.

4.3 Comunidad Nativa de Guayabal

La comunidad de Guayabal se ubica en ambas márgenes del río Santiago, a unos cuarenta minutos en deslizador (la vía fluvial es la única forma de acceso) de la comunidad de Puerto Galilea (la más importante). La habitan 33 familias aproximadamente, atendidas por un técnico sanitario nativo en el puesto de salud comunal. Actualmente los pueblos wampis del río Santiago se ubican en el curso medio y alto del río, en ambas márgenes, y en las cabeceras de las quebradas de Kandungos, Ayambi, Onanga, Cucuaza, Caterpiza, Kashap, Chinganaza y Wampush, entre las cordilleras Kampis y Tuntanaint - Cordillera del Cóndor, en la parte norte del departamento de Amazonas.

En esta comunidad ocurrió una epidemia de rabia humana por mordedura de murciélago en el 2004, siendo necesaria la intervención del sector salud. Tal como lo informan las autoridades de la DISA Bagua y lo manifiestan los impotentes pobladores indígenas:

Las vacunas no vinieron a tiempo, pero cuando vinieron se vacunaron a todos los niños mordidos (...) Nosotros pedíamos a gritos las vacunas, llamábamos, fue una gran desesperación, luego trajeron vacunas del Ecuador y de Argentina, aquí en el Perú no hubo vacunas, con eso ya algo hemos curado (Personal de salud).

En la comunidad, el técnico de salud indígena nos relata sus primeras acciones ante la aparición de la epidemia:

Ante eso no podíamos hacer nada. Yo hice todo lo posible aquí en la posta, tengo medicinas del SIS [Seguro Integral de Salud]. Cuando llegaron mis pacientes vi síntomas, bueno, pensando y curando puse todos mis esfuerzos, apliqué pero eran calmantes nomás, y dentro de unas horas volvía. Apliqué metamizol, penicilina gersódica, no hizo nada, no hubo mejoría. Después me puse a ver, a chequear, de acuerdo a mi capacitación, mis cuadernos, lo que tengo, los síntomas y llegué muy probable a la rabia, porque tengo experiencias en otras comunidades, cuando sucedió en Yutupis. También vi con mis propios ojos, en vivo y en directo, cuáles son los síntomas, eso me acordé y apliqué medicina de farmacia (Personal de salud).

Un actor involucrado en revertir este brote fue el Servicio Nacional de Sanidad y Calidad Agropecuaria (SENASA) que procedió, ante las gestiones de la municipalidad, a vacunar a los animales contra la rabia silvestre en el mes de noviembre de 2004, pero no a todos por falta de vacunas.

Para el 15 de diciembre de dicho año caen enfermos los dos primeros niños y son llevados al puesto de salud, donde el técnico sanitario –a partir de los síntomas– logra acercarse al diagnóstico de la rabia: “Y para lamentar, en la posta de salud no había vacuna contra la rabia (...) Cuando se detectó, los comuneros no creían que era la rabia porque nunca había aparecido en la comunidad ese tipo de enfermedad (Personal de salud).

Una respuesta preventiva, y al mismo tiempo intempestiva, fue interpretar la epidemia como un acto de brujería, ante lo cual los nativos optaron por alejarse de la comunidad al “monte”, creyendo que así podrían evitar el contagio:

Sí tuvieron miedo. Como hay la creencia en la brujería algunos comuneros salieron de la comunidad al monte, hicieron campamento con hijos y todo, los que se fueron han regresado, pero hasta ahora no se han convencido *que no es brujería* (...) Han vuelto porque han visto que ha parado, allá también mordían los murciélagos y la gente volvió para vacunarse (Personal de salud).

Yo insistí con el técnico sanitario cuando huían de miedo, con el Apu de la comunidad conversamos para que no huyan, hicimos reuniones. Por nosotros la comunidad vuelta vino a vivir acá y les dijimos que necesitábamos mosquiteros. Podemos cercarnos bien con nuestras palmeras de chonta, bien cerrado, la camita bien hehecita, así podemos cuidarnos y, lo más importante, que haya vacunas también. Debemos exigir que haya más vacunas (Promotor).

No existe prevención, cuando tienen mosquiteros sí hay prevención. Antiguamente se defendía con *añantak* o *wunut*, con esteras cubierta la cama, con eso se defendía. También hay plantas que le queman como la múcura y también jebe pero no es seguro (...) lo más seguro es el *añantak* (Técnico sanitario).

El *añantak* fue una manera efectiva de proteger las casas hasta el año 1999, según informaciones del director de la escuela. Una de las razones que explican el progresivo abandono de este sistema se expresa en el siguiente testimonio:

Es que vino a esta parte el occidental, antes mis abuelos eran con pelo largo, tenían su corona, y cuando los patrones llegaron de Loreto acá dijeron: “Oe indio. peluquéate, civilízate, así tienes que ser”. Y eso también fue el problema, vino cosa occidental y lo destruyó todo. Ahora hacemos este tipo de casas, antes eran ovaladas y con pared hasta el techo (Personal de salud).

Sobre el tema de la prevención y lo que le toca hacer a la comunidad:

Ya que tenemos este golpe tan duro (la epidemia de rabia) ya estamos pensando sobre prevención, trabajar contra la mordedura, que el murciélago no nos muerda. A eso estamos apuntando nosotros y como somos pobres no tenemos los recursos económicos, pues podemos acudir a nuestra cultura, que antes nuestros ancestros lo hacían cama *añantak wunut*, tan solo la cama para que no nos muerda murciélago, porque no tenemos otra alternativa, no tenemos dinero, productos tenemos y no vendemos (Técnico de salud).

Sin embargo, esta estrategia no la vimos en ninguna casa: “Se han olvidado, a veces nosotros no creemos en esto, pero cuando pasa otra vez creemos”.

También hemos recogido que para la prevención es posible utilizar cuatro botellas vacías, una en cada esquina de la casa: “El viento ahí sopla, suena, y eso el radar del murciélago capta rapidito y tiene miedo a eso, se larga” (Poblador).

La rabia constituye una enfermedad sumamente letal, esporádica, a diferencia de otras siempre presentes. Debido a sus



brotos de periodicidad alejados, existe una preocupación por interpretarla, ya que la mordedura de murciélago es una práctica cotidiana:

Eso es lo que no nos explicamos. Bueno, a veces uno se pone a pensar y de repente explicamos: alguien quiere que nos exterminemos, eso hemos llegado a pensar, porque antes no había rabia, ni meningitis, fiebre amarilla de lo que nunca se conoció y se lleva a la gente, a los niños (...) eso a nosotros nos preocupa, ¿cómo?, ¿de dónde salió? (...) Nuestros viejos nunca nos contaron que murciélago muerde y mata. Nunca pensamos encontrarnos en esta situación de un momento a otro (Técnico de salud).

Esa es la preocupación, antes no morían (por mordedura de murciélago), ¿ahora por qué? Nosotros no somos profesionales de esto, sería enfermedad de otros lugares, de otro país, no sabemos esto (Poblador).

Estas preocupaciones encuentran apoyo en causas sobrenaturales: “A veces nosotros nos ponemos a pensar, la idiosincrasia que existe en nuestros antepasados, la creencia en la brujería y por eso acudimos a ellos, los brujos” (Técnico de salud).

Hay que anotar que ante los acontecimientos tan letales (la muerte de los niños por rabia) que sucedían en tiempos cortos, la comunidad convocó a una reunión



extraordinaria en el respectivo local comunal para tratar el tema de la “enfermedad”. A continuación transcribimos el acta de dicha reunión:

Acta de Asamblea Extraordinaria de la Comunidad Nativa de Guayabal, comprensión del Distrito del Río Santiago, Provincia de Condorcanqui, Departamento del Amazonas ocurrido en la casa comunal a las 9 de la mañana del 13 de diciembre con la cantidad de 37 participantes para tratar ciertos problemas que atraviesan en la comunidad de Guayabal y *al mismo tiempo tratar tema de enfermedad:*

1. El Apu de la comunidad toma la palabra pidiendo permiso a la asamblea para tratar cierta enfermedad que atraviesa la comunidad Guayabal, de esta razón acordamos para dar solución y así también acordamos para juntar dinero y así de esta forma *buscar un curandero*, los comuneros opinaron en señalar a dos personas para traer al curandero *que detecte la enfermedad*.
2. La comunidad donde se buscaría el curandero sería la comunidad de Ayambis (Cuadernos de actas de reuniones).

Desde la perspectiva, por lo menos de una buena parte de la población de Guayabal, el brote de rabia tenía su origen en un conflicto entre familiares por la muerte del ganado vacuno de ambos y que motivó el enfado y la “maldición de uno de ellos sobre el otro”, pero que trascendió los límites personales, afectando a toda la

comunidad: “Entonces el brujo que vino a detectar la enfermedad dijo *daño de persona* (o brujería) y algunos comuneros huyeron de esta comunidad al monte con toda su familia sin mosquitero sin nada” (Técnico sanitario).

En este mismo orden de cosas y con ánimo preventivo, algunos comuneros elaboraron o recurrieron a los cantos “mágicos” o *anent*, cuya traducción copiamos a continuación:

Los murciélagos vienen abriendo su boca mostrando los dientes
 Murciélago, murciélago vampiro
 Vampiro se ponían contento, murciélago, murciélago
 Murciélago para morder a la persona viene contento
 Viene arrastrando buscando para hallarlo
 Murciélago vampiro
 Viene riendo para morderlo
 Viene abriendo su boca mostrando sus dientes afilados
 Murciélago, murciélago, no vuelvas a morder.

Ante la mortalidad de la enfermedad y dentro de sus lógicas culturales, en algunas comunidades como Kamientza se utilizó la planta llamada toé: “Yo no actué con plantas, pero sí en otras comunidades actuaron con toé, en dosis pequeñas porque pensaban que era daño de gente” (Técnico sanitario).

En la percepción indígena, “de lo que se daba remedio de farmacia morían en cinco días, al niño que se le dio toé murió a los siete días, esperó un poco más” (Técnico sanitario).

El toé es un elemento importante dentro de la cosmovisión indígena y tiene un uso secreto por los padres de familia, cada uno sabe qué clase de toé necesita según sus requerimientos. Es difícil de conseguir, se considera una planta de poder, al tomarla “ahí ve uno lo que va a hacer su trayectoria, lo que va ir caminando, se toma en la tarde, alejado” (Técnico sanitario).

Los síntomas descritos por el técnico sanitario (nativo) se corresponden con lo registrado por la biomedicina:



Tiene miedo al aire, al agua, algo le ataja en la garganta, fiebre y se aloca, parálisis ascendente, no puede caminar, dolor más dolor en todo su cuerpo, no pasa de los cinco días (...) comienza con parálisis, fiebre, lenta la fiebre, tiene apetito de comer pero no puede, pareciera que tiene inflamadas las amígdalas, tiene miedo al agua, a la luz y empieza a deteriorarse la parte del intestino, alteración de la conciencia y luego la muerte.

Otra estrategia para la prevención y “explicación” serían las charlas en la escuela, que en la medida de lo posible se realizan una vez por mes, con el fin de despejar todo atisbo de relacionar la enfermedad (en este caso la rabia) con entidades sobrenaturales:

Ahora como las clases ya van a empezar tenemos que explicar que ha sido la rabia y *no la brujería* y que no piensen como sus padres que quieren matar al sospechado. Nos hemos confundido la rabia con la brujería (...) ¿El curandero? ¿Qué va a hacer con la rabia? Pero el chamán que trajeron ha culpado a uno de la comunidad Guayabal y dijo que era difícil para frenar esto. Eso ha dicho y se ha ido (Técnico sanitario).

Cabe precisar que la respuesta del sector salud fue, en un momento, repartir mosquiteros con la finalidad de evitar que los murciélagos mordieran. No obstante, las críticas por parte de los pobladores se enfocan en que el material es malo y su duración no pasa del año. Una vez rotos se desvaloran o se usan los retazos para otros fines. Por eso se habla de utilizar telas:

La tela es un buen material que dura por lo menos cinco años. Sí, tela tiene que ser y nos es adaptable para esta zona. Hemos usado telas pero es más costoso. El tocuyo también es mejor que el mosquitero. Con tocuyo hasta podemos dormir calatos. Con tocuyo nunca nos han mordido (Técnico sanitario).

Las vacunas, como respuesta para frenar el brote de rabia, no llegaron a tiempo y, en este sentido, se crítica fuertemente el accionar del MINSA:

No actuaron rápido. Cuando empiezan a morir los niños, ya la gente comenzó a moverse, a preocuparse recién. Toda la vida, cuando hay episodios de enfermedad, en las oficinas de MINSA siempre nos dicen: “¿Cuántos muertos hay? Si no hay muertos no es episodio, estás engañando”. Siempre nos han manifestado eso en Bagua, en Lima, siempre nos tratan así, no sé por qué. Entre humanos no nos preocupamos. Cuando hay un muertito: “Ah no, ese murió por otra enfermedad”. No nos creían. No sé por qué nos tratamos de esa manera. Acá la gente piensa que quieren que los indígenas mueran (Técnico sanitario).

La aplicación de las vacunas y el efecto que estas tienen en contrarrestar la enfermedad originaron un cambio en su interpretación causal, además de suponer que una enfermedad producida por brujería no puede ser combatida con un recurso terapéutico de la medicina occidental: “Las vacunas paralizaron la enfermedad, por eso digo que no es brujería, si fuera daño no hubiera paralizado, por eso digo que es rabia y quisiera que el apoyo con vacunas a otras comunidades siga así” (Poblador).

Entre las conclusiones a las que podemos arribar, el episodio letal de rabia por mordedura de murciélago fue “leído” en términos culturales y las respuestas también se elaboraron dentro de la lógica de la medicina tradicional. Por otra parte, esta lógica cultural se refuerza frente a las limitaciones logísticas del sector salud para atender la letalidad de la rabia y no prevenir la recurrencia de este tipo de enfermedades. Otro elemento que gravita en la subjetividad de los pobladores es que los males “vienen” de afuera, atribuyendo a la presencia de población no nativa la causa de diversos cambios. Finalmente, en esta comunidad, el técnico de salud, siendo nativo, domina y ha interiorizado el lenguaje biomédico en su quehacer, siendo este modelo el más exitoso frente al episodio de rabia versus las intenciones de algunos pobladores de recurrir a la medicina tradicional.

4.4 Comunidad Nativa de San Cristóbal

Esta comunidad ashuar se ubica en el río Corrientes, muy cerca de las instalaciones del campamento de Trompeteros de la empresa Pluspetrol - Lote 8, y según datos obtenidos por el “censo poblacional de la Comunidad Nativa San Cristóbal” tiene unos 100 habitantes aproximadamente. El acta de fundación de la comunidad es del 23 de septiembre del 2003, día en el que se eligió el nombre de San Cristóbal.

En diciembre del 2004 los comuneros buscan apoyo de la Municipalidad Distrital de Trompeteros para titulación de sus tierras. Según acta comunal, en mayo del 2005 San Cristóbal fue reconocida como comunidad por la Dirección Regional Agraria de Loreto.



La malaria es el principal problema de salud, la diarrea, sale herida en la piel. Te agarra fiebre, trajeron de otra comunidad acá contagiaron. La malaria viene en la época de lluvia, ahí salen los zancudos. Las cochas traen los zancudos.



Conjuntivitis también, nos sale de la suciedad, no es buena agua la que usamos. Bañamos pero nos salen heridas (Comunero).

La colindancia con el campamento y las actividades petroleras ejerce una fuerte influencia en los pobladores, quienes proyectan o relacionan las causas de las

enfermedades o la mala situación de salud directamente con las actividades de la empresa:

La comunidad de San Cristóbal está contaminada, el río Corrientes está contaminado, antes era para consumo humano, el Ministerio de Salud ha dicho que el río Corrientes no es apto para consumo humano, pero nosotros consumimos el agua del río Corrientes. La empresa Pluspetrol está a nuestro alrededor, y cuando nuestros hijos se enferman y pedimos medicina no nos dan, a pesar de que están sacando la riqueza de nuestros pueblos indígenas, y ellos están bien, viven en la ciudad de Lima, en la ciudad de Iquitos, sus hijos se visten bien y nosotros cada día lloramos, nuestros hijos toman agua de río, se hincha la barriga, nos da diarrea y nos morimos, y nadie ha reclamado, no podemos seguir permitiendo que haya más contaminación (Comunero).

Desde la perspectiva del personal de salud de Villa Trompeteros (donde se encuentra el centro de salud), aparte de los clásicos problemas de IRA, EDA y desnutrición, hay aparición de enfermedades relacionadas con la dermatitis en hombres, mujeres y niños: “No te podría decir a ciencia cierta, se están haciendo los estudios, pero parece que es por el agua contaminada”.

El servicio de salud, en algunas ocasiones, necesita del apoyo de Pluspetrol:

Tenemos el mismo déficit que tienen todos: no llega a tiempo lo que se pide [medicamentos u otros requerimientos logísticos para atención], a veces le pedimos apoyo a la Pluspetrol [en medicinas]; le doy una nota al paciente para que el médico de la compañía lo atienda, siempre apoya la Pluspetrol, a veces viajamos a traer las medicinas y eso a cuenta de nosotros mismos [el gasto de pasaje que posteriormente no es necesariamente reconocido]. (Responsable del establecimiento de salud).

Esta situación es corroborada o impulsada por los propios pobladores de San Cristóbal, quienes a veces solicitan apoyo directamente a la unidad médica de Pluspetrol porque “tienen medicinas de ‘marca’ (no genéricas) y porque adicionalmente se les atiende con alimentación durante el tiempo que permanecen en

la unidad médica o se les da alimento para que lleven de regreso y no se les cobra³". (Comunero).

Las limitaciones para la operatividad en el centro de salud se dan en el aspecto logístico y de abastecimiento de medicinas, según manifiesta el personal:

Lo que nos hace falta es apoyo logístico, la Pluspetrol nos ha apoyado logísticamente, tenemos tres motores malogrados fuera de borda, tengo dos deslizadores más que están operativos, que nos abastezcan con gasolina. Los medicamentos son para tres meses, pero se me acaban a los dos meses (...) la radio a veces es deficiente, cuando hay traslado en horas que no funciona la DIRESA, la Pluspetrol nos apoya con el transporte (Responsable del establecimiento de salud).

Frente a los diversos problemas sanitarios la comunidad utiliza los recursos disponibles en el centro de salud, en la unidad médica de la compañía y los de la medicina tradicional, constituyendo en conjunto el sistema real de salud. Por parte de los responsables del establecimiento de salud no existen iniciativas para intercambiar o interrelacionarse con la medicina tradicional.

A veces ellos acuden a sus propias técnicas para curarse, ya cuando vienen aquí, la enfermedad ya se empeoró y si no le curas te pueden hasta denunciar (...) El trabajo con comunidades es muy difícil, yo me presenté en asamblea comunal, y convocar a los padres de familia para dar charlas de prevención de la salud es difícil, pareciera que no tuvieran interés, la mayoría de las enfermedades pueden ser prevenibles, es difícil cambiarles (Responsable del establecimiento de salud).

³ Para evitar confusiones o malos entendidos y para llevar un adecuado registro de las atenciones, la empresa y el establecimiento de salud han acordado que el médico del establecimiento es quien debe dar la "orden" para que un poblador pueda ser atendido en la unidad médica de la empresa.

Sí sé que hay personas que saben curar, porque ellas mismas me lo han comentado, pero no interactúo ni intercambio con ellas. Dan partos en sus casas, a mí me llaman pero cuando ya está avanzado el asunto y es la madre la que apoya el parto, para ellos es normal (Responsable del establecimiento de salud).

Yo he nacido acá en Villa Trompeteros, he estudiado primaria y secundaria, he recibido capacitación de la Pluspetrol, cuatro capacitaciones, el centro de salud no da capacitación. El médico de la Pluspetrol es el que ha dado las capacitaciones (Promotor de salud).

Como conclusión podemos señalar que la percepción local reconoce que no todo se puede curar con plantas medicinales, sobre todo las enfermedades que los pobladores relacionan con la contaminación.

En lo que podemos llamar conocimiento tradicional destacamos las siguientes estrategias frente a distintas enfermedades y dolencias: en primer lugar, la presencia de personas con un vasto conocimiento sobre las propiedades de algunas plantas: en segundo lugar la presencia de parteras, pues la mayoría de partos ocurre en las viviendas, para lo cual están acompañadas por familiares y, finalmente, la combinación de recursos terapéuticos de ambos modelos. Por ejemplo, hemos registrado que para la fiebre se puede administrar “ajo sachá” con pastilla de aspirina; no obstante, también recogimos otros testimonios: si se toma vegetal por un buen tiempo no se puede tomar pastillas, ya que se considera que envenenan el cuerpo. Este dato es importante pues está en la base del rechazo a la administración de medicamentos por parte de quienes aprehenden dicha lógica.

En tercer lugar se observa que la empresa debe asumir las funciones que le corresponden al Estado, resolviendo las limitaciones logísticas y de capacitación que le correspondería resolver al sector salud. En este caso se refuerza la crítica hacia el Estado por su “falta de presencia”. Finalmente, cabe señalar que no se percibe que las enfermedades causadas por la contaminación ambiental (en sangre) puedan ser solucionadas efectivamente con medicina tradicional, y que el personal de salud no muestra interés o un acercamiento hacia los conocimientos tradicionales.

4.5 Comunidad Nativa de José Olaya

Esta comunidad se ubica en la cuenca del río Corrientes y está en el área de influencia del lote 1AB que opera la empresa Pluspetrol. Tiene unos 200 habitantes y su posta de salud funciona en coordinación con el programa Proyecto Especial Plan Integral de Salud del Río Corrientes (Pepisco). Esta posta fue una de las demandas atendidas por parte de la empresa luego de permanentes situaciones de tensión con la comunidad.

Las enfermedades más comunes son la parasitosis y la desnutrición. Su ventaja es que en cualquier emergencia los comuneros pueden recurrir al apoyo de Pluspetrol y además disponen de camionetas (de la empresa comunal) para trasladarse hacia la base del campamento (dos horas), y de allí por vía aérea hacia lugares de mayor resolución (Iquitos, vía vuelo de Pluspetrol).

Una práctica común en la comunidad es tomar el agua de las hojas cocidas de la huayusa hasta que provoque el vómito (“hasta que te limpie”). Los hombres suelen tomarla en la madrugada para motivar el diálogo y tratar los aspectos más importantes de la comunidad. Pero también tiene una utilidad terapéutica:

Se toma cuanto tienen acidez en el estómago, hasta que llene la barriga y entonces vomita, se cocina la hoja hasta que quede color té, toda la acidez sale y el estómago queda limpio, y vuelves a tomar masato tranquilo, vuelves a comer tranquilo, no da diarrea (Comunero).

Cuando estamos enfermos
hacemos dieta,



dependiendo de la enfermedad. Para brujería no comer animal que pica, animal que muerde, cuando estás con diarrea: casho, huayaba, macambo, oje hay pero nadie toma, no se come sal, no se expone al frío, acá nos da diarrea cuando tomas el agua, porque está contaminada.

Cutipado te da cuando tocas algún animal, igualito llora la criatura como el animal, se enferma, se pone intranquila, no quiere mamar, se puede morir. Se cura quemando los pelos (cerdas) del animal que ha provocado la cutipa, el humo se esparce por todo el cuerpo.

Durante nuestra visita pudimos observar a un individuo en evidente estado de avanzada enfermedad como consecuencia del VIH (confirmado por el responsable del establecimiento):

Desde hace dos años que le han hecho daño, un espiritista del Brasil dice que le han hecho daño a partir de sangre de gallina, dos meses que está en la población, quieren igualar a la mujer (...) hay rechazo hacia esta persona, te puede salir enfermedad.

Acá también da la uta, la mariposa te chupa y te da la enfermedad, eso curamos con zarza, que crece en la ribera del río, la raíz se cocina machacado y cuando está cocinado se toma, y no puedes comer ají, sal, solo masato, chapo de plátano nada más, hasta que se sane y no “topar” con marido. Dos olladas se cocina y eso tienes que terminar, en la mañana y en la tarde (un vaso, pue). También se usa leche caspi, se raspa y el juguito se le echa directamente sobre la herida, la carne la hace blanquear (Comunera).

Las relaciones entre el personal de salud del establecimiento (enfermera de Iquitos) y la comunidad no son del todo armoniosas en tanto su labor se ve marcada por la exigencia y las críticas constantes:



Acá quieren que les cures rápido, y además a veces vienen y te dicen: “Dame tal remedio porque mi hijo tiene tal cosa”, cuando ni siquiera se le ha diagnosticado. Y si les dices algo distinto a lo que ellas creen te dicen que no sabes nada (Personal del establecimiento).

De manera similar a lo que ocurre en la comunidad anterior, la empresa petrolera ha impulsado la construcción del centro de salud, con lo que la imagen del Estado queda debilitada. Como prácticas tradicionales del cuidado de la salud encontramos las dietas, el uso de la huayusa, la presencia de síndromes culturales incluso para enfermedades como el SIDA. La relación entre el personal de salud y la población también se caracteriza por la tensión.

4.6 Comunidad Nativa de Sepahua

Actualmente esta comunidad está marcada por una influencia considerable de actores externos (mestizos, trabajadores de empresas, contratistas por el Proyecto Camisea, misiones religiosas, etc.). Forma parte del distrito del mismo nombre, el más importante en términos comerciales y en oferta educativa para la población nativa de los alrededores.



Los profesionales de salud “protegen” a los pacientes de ser tratados por otros medios, como se refleja en el comentario siguiente: “Mira, yo le pedí al doctor que me diera un paciente desahuciado para tratarlo y me dijo: ‘Profesionalmente no puedo y en segundo lugar su familia me puede enjuiciar si se muere’” (Vegetalista).

No se permite que el paciente “salga” a ser curado en otro espacio con formas distintas de curación, pero el “vegetalista” tampoco puede “ingresar” al establecimiento para “colaborar” en el tratamiento.

No permite, pero eso no debería de ser, porque a veces hay pacientes que no son para medicina. De repente tiene un mal aire, que ataca el estómago por los malos espíritus y se comienza a hinchar el estómago, produce vómitos. Acá para eso tenemos un vegetal que todos lo comemos, como un frejol, en tres minutos lo está botando todito, igual es para el susto, el médico no sabe curar eso (Vegetalista).

Cabe resaltar que cuando los familiares no están conformes con el tratamiento de los profesionales de salud retiran al enfermo del hospital o esperan que le den de alta y lo llevan inmediatamente donde los vegetalistas para otra terapia. En esta comunidad encontramos a un vegetalista que aprendió desde los once años de sus abuelos.

Yo vine a aprender por vía de mis abuelos, de ahí comencé a hacer tratamientos, yo curaba una herida y sanaba rápido, es como un don (...) a los once años he comenzado a curar ya, heridas de mis hermanitos, yo mismo me iba a sacar el piñón, se hace crema del piñón, entonces como una crema pero natural, después su desinfectada y ya. Y de ahí poco a poco hasta que llegó un momento ya de que comencé a curar niños y yo como complemento de curación le hago para ver si es algún mal y así de personas como se dice que estamos en la época de la venganza, del odio, de la lujuria, de la maldad, entonces le hago con humo de tabaco y le soplo, le pregunto cómo te llamas, le meto una oración al Señor de los Milagros y yo ya sé ya, ya me avisa qué tiene, si es para el hospital y le digo al doctor que analice sobre eso (Vegetalista).

En su casa recibe a personas para atenderlas y suele usar plantas para todo tipo de tratamiento como, por ejemplo, para enfermedades e inflamaciones.

Para “cáncer del útero”, inflamaciones vaginales, ovarios, trompas del útero, todo. Incluso un caso de sida de una señora, eso me ha tenido como tres meses, ahora está sana, fuerte, gorda. Le di tres ingredientes de plantas: patiquina, catahua, ataco, lo que comen en la sierra, todos los días hay que darle y su comida especial, una dieta rigurosa (tres veces al día y noche hay que darle), en tres meses ya no tenía nada (Vegetalista).

Dado que los modelos médicos son producciones culturales están sujetos también al cambio, y así como los profesionales de la salud pueden encontrar innovaciones en sus



recursos terapéuticos, igual ocurre en el modelo tradicional, salvo que el propio interesado es quien busca dicha innovación:

Trato de experimentar, ahora estoy buscando algo para la ansiedad, para la vejez, ya nos han dicho que hay (la planta dijo) nos ha dicho que hay, en una revelación nos ha dicho eso te vas a echar y te vas a hacer muchachito (Vegetalista).

Encontramos aspectos éticos para dedicarse al “oficio” de vegetalista o agente de medicina tradicional que merecen mencionarse. “Primeramente conocimiento, segundo don, tienes que tener un don y fe, y curar a cualquier hora, el conocimiento se adquiere con la sabiduría y tener buen corazón” (Vegetalista).

Como conclusión señalamos la presencia de síndromes culturales, curaciones con elementos de la medicina tradicional cuando no están satisfechos con los resultados de la atención en el centro de salud. La presencia cada vez más importante de grupos de migrantes vinculados a la explotación hidrocarburífera incide en el descrédito de los agentes de medicina tradicional.

4.7 Comunidad Nativa de Alto Tuntus

Ubicada en la zona de frontera ecuatoriana, cuyos habitantes en su totalidad pertenecen a la etnia awajún. Es una comunidad muy tradicional y la presencia del técnico de salud no es bien vista.



La situación expresada por el técnico de salud es una constante dirigida hacia la buena implementación del establecimiento o posta:

Hay muchas personas que están enfermas, no tenemos radiofonía ni medicina, yo he escuchado que han llegado doctores interesados, atendiendo pacientes, dando paracetamol, no cura malestar fuerte, diarrea, dolor de hígado, con qué medicina mejora los pacientes (...) muchas de las enfermedades que acá pasan es por muchos factores que no se curan: diarrea, dolores de cabeza por la mala alimentación, desnutrición, carne, pescado, huevo por lo menos, tienen que venir más seguido el personal de salud a realizar atención (Técnico de salud).

La comunidad ciertamente se halla muy alejada y se emplean por lo menos unos cuatro días a pie (no hay río navegable) para poder llegar hasta Imaza, lugar en el que pueden abastecerse de alimentos y medicinas entre otros: “Yo tengo que caminar cuatro días para poder ir a traer medicinas para la posta” (Técnico de salud).



El técnico de salud, siendo un representante de la medicina oficial, no estima que los aspectos de la medicina tradicional puedan formar parte de lo que ofrece en su práctica diaria. En este sentido, la formación y las capacitaciones que ha recibido le permiten hablar con propiedad sobre la identificación de síntomas y recursos terapéuticos por emplearse. Otro caso es el del promotor de salud, para quien sí es importante el uso de las plantas medicinales.



Frente a una epidemia de fiebre amarilla ocurrida en el 2006, los pobladores recurrieron a la utilización de su medicina tradicional con la finalidad de revertir los primeros síntomas. No obstante, la gravedad de esta enfermedad no pudo ser enfrentada con aquel modelo: “Nuestra costumbre es prepararnos ajengibre para vómitos, diarrea, fiebres, dolor de cabeza, malestar general” (Vegetalista).

Evidentemente, ante los síntomas de la fiebre amarilla optaron por usar el ajengibre, pero no fue suficiente y fallecieron unas diez personas. Fue necesaria la incursión de una brigada de personal de salud integrada por médicos, biólogos, técnicos sanitarios y



epidemiólogos, quienes realizaron “un barrido” de vacunación y fumigación que fue coordinado por la DIRESA de Bagua. También se consideró la presencia de un profesional antropólogo. Los casos más graves, que no pudieron ser controlados, fueron derivados al Hospital de Bagua Chica.

La rapidez y la letalidad con que se desarrolla esta enfermedad motivaron que la población atribuyera sus causas a una acción individual de hechicería. A medida que realizaba su trabajo, el personal de salud explicaba que la enfermedad era consecuencia de la picadura de un zancudo, pero la población encontraba poco creíble dicha explicación: “Cómo puede ser que un zancudo cause tanta enfermedad y muerte, además los zancudos siempre nos han picado y no hemos tenido este problema” (Poblador).



En esta comunidad no se ha registrado la presencia de un curandero o chamán y los pobladores manifiestan que las personas que pueden curar son las madres de familia, el vegetalista y el técnico de salud.

La presencia de evangelistas ha motivado el abandono progresivo de la toma de ayahuasca; no obstante, existe la iniciativa de volver a tomarla para que los “jóvenes puedan tener su visión y adquieran fortaleza” (Comunero).

Como conclusión, en esta comunidad también se observa –de manera similar a lo ocurrido en Guayabal– que una epidemia fue interpretada inicialmente en términos culturales y las respuestas también se dirigieron en este sentido. La presencia de actores externos a la comunidad, sobre todo vinculados al sector religioso, incide en el abandono de las prácticas tradicionales de cuidado de la salud, lo que debería preocupar debido a que en esta comunidad, una de las más alejadas y de difícil acceso para el sector oficial de salud, el uso de plantas medicinales es bastante extendido.

4.8 Obenteni, Macheperiari, Mañarini, Chaquitaha (comunidades de la zona del Gran Pajonal)

La zona denominada Gran Pajonal es vasta y en ella habitan diversas comunidades, cuyos pobladores padecieron de tos ferina durante el 2005-2006, con saldos fatales (cinco personas fallecidas por lo menos).

Las enfermedades locales más comunes son tos ferina, bronquios, uta diarreas. Los establecimientos de salud de estas comunidades están poco abastecidos y las brigadas sanitarias (compuestas por un doctor, una enfermera y una obstetra) las visitan una vez al año. Además, los profesionales de las postas demandan la contratación de técnicos que hablen el idioma local porque para ellos “ese es el problema”.



Estas comunidades tienen deficiencias en el abastecimiento de agua, además de que muchas veces no hay medicamentos y por esta razón sus integrantes se ven obligados a viajar hasta Satipo. La creación de la posta de salud es una consecuencia de las labores de incidencia de la Organización Asháninka del Gran Pajonal (OAGP). Los comuneros se muestran reconocidos con dicha organización y tienen mucha confianza en lo que pueda realizar por el bienestar de la comunidad.

Entre las constataciones más recurrentes encontradas en estas comunidades están aquellas referidas a los tratos discriminatorios como, por ejemplo: “En la posta de salud dicen que somos cochinos y que tenemos hijos como pollitos cuando no queremos seguir



los métodos de planificación familiar y preferimos optar por nuestros métodos tradicionales” (Comunero).

La percepción que tienen sobre el personal de salud es la siguiente:

Tratan como pueden de cumplir su año de servicio y solo te recetan, no te preguntan y no conocen, son profesionales sin experiencia (...) Cuando hay emergencia vamos a la posta de Obenteni, y si no nos atienden tenemos que ir hasta Satipo y pagamos nuestros costos de traslado (Comunero).

En la posta de salud trabajan desde las ocho de la mañana hasta el mediodía de lunes a viernes, los sábados de ocho a nueve y los domingos no hay atención, aunque existan urgencias.

Acá sufrimos de gripe, diarreas, cuando tenemos accidentes no tenemos apoyo, y cuando tienen que llevar a Satipo, el doctor solo puede acompañar y luego tiene que venir a su puesto, entonces ¿quién acompaña al enfermo? Por eso el doctor tiene que estar con el niño hasta que sane (Comunero).



Si no cuentan con seguro de salud, las consecuencias de la enfermedad pueden ser fatales: “Esta comunidad es la más olvidada que otras, se han muerto dos o tres niños, el seguro ha vencido. Nos han dicho: ya sabrás dónde te podrás atender”.

El profesional de la salud también proyecta su convicción: “No creo que estén preocupados por la salud de sus hijos, hay un machismo muy marcado que se puede observar a simple vista, la diferencia entre hombres y mujeres es muy marcada, la solución acá es más contacto con la civilización”.

Hay presencia de sahumadoras y *sherepiearis* (curanderos locales que no usan ayahuasca sino tabaco). “No sabemos por qué vienen las enfermedades, ‘el aire trae la enfermedad’, las personas van a la posta, el médico no sale de la posta, tú tienes que ir” (Comunero).

En otros casos culpan a los foráneos: “Cuando llegaron los blancos, llegaron las enfermedades” (Comunero).

Tienen sus propios métodos de planificación familiar, lo cual “choca” con lo que los profesionales de salud quieren enseñarles, como el uso de preservativos, por ejemplo.

Como conclusión, se observa que en esta zona existen barreras geográficas y lingüísticas para que el personal de salud desempeñe bien sus funciones, pero también críticas por diversos tratos discriminatorios, por no cumplir sus horarios o por no atender en situaciones de emergencia. Asimismo, hay una fuerte presencia organizacional indígena que pretende revalorar a los agentes de medicina tradicional y a sus muy extendidas prácticas.

4.9 Comunidad Nativa de Camisea

Esta comunidad está ubicada en la desembocadura del río Camisea, en la margen derecha del río Urubamba, y está compuesta por unos 300 machiguengas. Los principales problemas de salud son diarrea, enfermedades respiratorias, infecciones y baja del rendimiento escolar a causa de la desnutrición: “La comida es masato prácticamente, si no encuentran nada en la casa esa es la comida. El masato es alimento que a la vez llena y embriaga. Algunos casos se dan que vienen masateados” (Responsable del establecimiento de salud).

Yuca con sal comen, no hay nada más, carne de monte hay poco. Antes a estas alturas había pescado en cantidad, ahora ha disminuido; carne de monte hay muy poco, antes había bastante; ahora hay que irse a cazar dos a tres días. Carne se come una vez a la semana por lo menos, frutas muy pocas, por ejemplo mamey, naranjas (Responsable del establecimiento de salud).

Otros productos comestibles en diversas épocas del año son: papaya, sachapapa, moquishi (una especie de plátano), uncucha (“lo que come el serrano”), maíz, camote, huaba, zapote y pijuayo.

Las relaciones del establecimiento de salud con el centro educativo son las deseables y bastante buenas:

Ahora último hay buena relación con el personal de salud, justo estaban haciendo campaña de desparasitosis. El año pasado no hicieron ninguna campaña. En el currículo se ha programado cada tercer lunes de cada mes charlas de promoción de salud, los del centro vienen a dar las charlas. La primera charla se dio en el mes de junio (Profesor de la escuela).

El profesor considera que están cambiando ciertos patrones culturales, por ejemplo en el uso de la ropa, la fabricación de cerámica (cuyo reemplazo lo constituyen los recipientes de plásticos) que se está perdiendo; algunas continuidades permiten valorar a los machiguengas, como el uso de la lengua local y de plantas medicinales.

Actualmente el centro educativo está desarrollando los biohuertos escolares en donde hay ejemplares de maíz, maní, sangre de drago, pijuayo (fruto) y suri. Están proyectándose para elaborar un proyecto de piscigranja, con el fin de revertir el estado nutricional y piensan incorporar algunos ejemplares de plantas medicinales para “reactivar la memoria”.



En esta comunidad encontramos un grupo de pobladores que acude exclusivamente al establecimiento de salud y otro grupo que aprovecha de manera paralela los conocimientos del curandero e intercala con visitas al establecimiento de salud. La utilización de uno u otro dependerá mucho de la causa atribuida personalmente y de los consejos familiares. Un ejemplo se refleja en el siguiente testimonio:

Yo sentí mareo como sueño y mi esposo ha dicho que tengo brujería, fuimos donde el curandero y me dio cita y me han tratado, después me he sanado.

¿Y no te dijo quién es la persona que te ha hecho?

Yo pienso que ha sido mi esposo porque cada vez que viene lo rechazo y paro molesta con él.

¿Y no fuiste a la posta por esos mareos?

Sí y me dijeron que era por la ampolla [de planificación familiar] pero no me pasaba y me llevaron allá [al curandero]. No me dio de tomar nada de planta, solo dieta, de comida no condimentada, y ya me pasó (Comunera).

Otra entrevistada manifestó: “Cuando me enfermo acudo al puesto de salud, ahí atienden bien, algunos hablan idioma nativo, mientras más tiempo se quedan van aprendiendo, los enfermeros saben sobre todo” (Comunera).

Nuestro dialecto es machiguenga, en la posta algunos términos no nos entienden, estamos de acuerdo con lo que atienden; sin embargo, cada año cambian de personal. Los procedimientos que hacen algunas veces no nos examinan bien, algunas veces en la consulta nos examina y nos da recetas de pastillas. Ellos no hacen visitas domiciliarias, a nosotros nos gustaría que nos visiten de casa por casa (Comunera).

También hemos registrado que la enfermedad se atribuye a la brujería:

Sé que estoy embrujada porque cuando voy a la posta no me encuentran ninguna enfermedad, me dicen que estoy sana; pero cuando voy al curandero ubican mi enfermedad con unas piedritas blancas bien calientes y te extraen clavos, palos, alambres, hueso de pescado, diente de huangana; algunas veces te pasan al cuerpo unas piedritas negras, si la piedra se pega en alguna parte del cuerpo es porque en esa parte se encuentra la enfermedad (Comunera).

En la actualidad los partos nos obligan que demos en la posta y echadas, antiguamente el parto se daba parada, dicen que atenderse en la posta y echada es un nuevo modelo. Después del parto no sabemos qué hacen con la placenta,

lo que sí sabemos es que cuando se atiende el parto en la casa, la placenta se entierra en el fogón para que el niño no se enferme (Comunera).

Se observa la atribución de enfermedades tanto a causas “sobrenaturales” como a las que se corresponden con ideas del modelo biomédico. Entre las primeras, la brujería ocupa un lugar preponderante:

La brujería te la mandan los mismos comuneros que saben. Cuando te vas a enfermar y no te encuentran la causa, entonces vas al curandero y él te dice; ahí te curan con hierbas, él tiene una piedrita, como una brújula, te va pasando la piedra por el cuerpo, en donde tienes la enfermedad la piedra se queda y entonces te chupa esa parte del cuerpo (Comunero).

En otra entrevista se pudo verificar el procedimiento habitual que realiza el más conocido curandero de la zona:

Hay curandero en Shivankoreni, cuando él hace su curación primero calienta unas piedras blancas, luego echa agua y con vapor subiendo a tu cara te va mirando, y luego te saca espinas de pescado, pilas, alambre, dientes de pescado y eso es lo que te ha producido la enfermedad, y ya luego te hacer dietar y te sanas.

Las dietas consisten básicamente en no comer o no tocar los objetos que han sido “sacados” del cuerpo. Adicionalmente a ello se proscribe la actividad sexual durante el tiempo que el curandero considere conveniente y se prohíbe fumar.

Según nos indican algunos testimonios, en Sepahua enseñarían a ser brujos, pues los jóvenes que van allá “regresan maleados”. Esta expresión puede estar escondiendo la percepción de Sepahua como un lugar en donde la dinámica de la vida social estaría cambiando diversos patrones culturales de manera más vertiginosa que en Camisea, cuya composición étnica no es heterogénea.

La forma más común de originar la brujería es algún desacuerdo entre dos personas:

Yo soy comerciante, él es comerciante y no quiere rebajar; entonces en sueño te puede hacer el daño, no sabemos cómo es. Los hombres y mujeres pueden y saben hacer brujería, te pueden dar en el masato, la contra se busca en el espiritista. En Sepahua hay espiritista, la gente va hasta allá para curarse, ciento cincuenta soles para una cura (Comunero).

Otra de las causas que pueden originar enfermedad es el mal viento y básicamente en forma de “golpe brusco” de aire en el cuerpo:

Estás descansando, ocho o nueve de la noche, y sales desabrigado y te levantas a orinar, sales pe y te viene el mal viento y te enferma y entonces comienzas a espumar (...) no, en la posta no entienden de estas cosas. La cura para el mal de viento es con timolina, pasándole por el cuerpo, adicionando agua florida, alcanfor, con licor y tabaco inclusive y si no le pasa rápido entonces es otra enfermedad (Comunero).

Las enfermedades pueden ser producto también de virus, de la suciedad, de la comida mal preparada, de los zancudos, etc.

Evidentemente hay todo un bagaje de información que va reconfigurando o cambiando antiguos conceptos a través de un proceso de medicalización de la salud. Lo interesante es la coexistencia de formas “mágicas” y biomédicas de adquirir enfermedades: “Para la brujería solo saben los curanderos, en Shivankoreni hay uno. En Camisea hay una partera. Hay promotores que saben de plantas medicinales. El centro de salud solo tiene identificado a las parteras y a los promotores de salud” (Responsable del establecimiento de salud).

En la comunidad de Camisea existe una señora de 45 a 50 años aproximadamente, que goza de cierto prestigio como partera. Ella fue nombrada por la comunidad para desempeñarse en esta práctica. Ha recibido capacitación, con otras parteras más, por parte de la DIRESA Cusco. Tiene un rol importante en el seguimiento a sus pacientes: poco antes de concedernos la entrevista había visitado a

una gestante pronta a dar a luz y le había aconsejado no trabajar en la chacra, no cargar peso, no realizar movimientos bruscos en cualquier actividad cotidiana. La partera también recomienda comer bastante fruta, peces como boquichico, animales de monte como majaz, sajino, sachavaca; mucha caña, espinaca, papaya.

Esta partera en realidad fue elegida por su comunidad por ser viuda y de edad avanzada: “Yo soy viuda y por eso me han escogido (...) desde el 99 he comenzado a trabajar hasta ahora, me ha enseñado a ser partera el doctor”.

No obstante, el ser “no tradicional” no es impedimento para realizar con eficacia esta actividad e incorporar algunos conocimientos de plantas medicinales, al decir de ella misma: “En la posta han nacido y han muerto, conmigo no mueren en la posta”. Un dato interesante es que esta señora partera está enseñando a su hija el mismo “oficio”.

Como muy bien sabemos, en las comunidades indígenas hay una práctica frecuente de dar a luz en la casa, pero también hay partos en el centro de salud. Cuando cualquiera de las dos situaciones ocurre se observa lo siguiente: “Yo he ido a la posta a ayudar, y el doctor ha ido a la casa a atender también cuando hay parto, cuando sale el bebé el doctor atiende” (se refiere a la situación en casa).

El parto en el domicilio es vertical y algunas no quieren ir a la posta porque no están de acuerdo con la posición horizontal que allí se practica.

Otra costumbre común es el enterramiento de la placenta. La lógica de esta práctica es que de ese modo el



bebé no se enfermará. Asumimos que es aquí cuando termina todo el proceso de parto. Si no se enterrara la placenta el bebé tendrá diarrea y morirá. Refiriéndose a la práctica de parto en el centro de salud, nuestra entrevistada comenta: “La placenta la botan en la basura, pero cuando se bota así enferma el muchacho. Siempre estará enfermo. Cuando yo he estado ahí sí dan la placenta, cuando no he estado ahí le han quemado”

(se refiere a que cuando la partera ha apoyado en el parto, el personal de salud entrega la placenta a la parturienta; cuando no está la botan).

En el trabajo de parto tradicional se incorporan ciertas plantas que servirían para facilitarlos, como por ejemplo el piripiri, cuya semilla se chanca “y con agua hervida fría se le da a la parturienta y rápido sale el bebé” (Partera). A veces cuando lo toman casi no sale sangre. Cuando no hay piripiri usan cacao, también malva para aliviar el dolor de parto.

La forma de utilizar el cacao es como sigue: “La semilla se raspa, le echas agua, después toma para que salga rápido, y la malva para que no le caliente su barriga, que se enfríe un poco, la barriga está caliente, por eso duele. La hoja la machacas, mezclas con agua hervida y la tomas” (Partera).

Existen ciertas normas o comportamientos que se deben respetar luego del alumbramiento; por ejemplo, en la parte nutritiva lo que se debe comer es gallina, yuca, masato, plátano, todo esto “para que tenga su regla”. La parturienta debe reposar en cama por lo menos una semana para que caiga el cordón umbilical del bebé. En este mismo período (de estar en cama) no debe comer zúngaros, paco, sachavaca, majaz: “cuando come zúngaro tiene diarrea (el niño), cuando come sachavaca no va a caminar bien, cuando come paco tiene diarrea, cuando come majaz se enfermará de muchacho”.

Los alimentos permitidos son evidentemente leche materna durante seis meses, para luego ir combinando con papilla de yuca y masato. Cuando el bebé comienza a dar sus primeros pasos es momento de empezar a mezclar diversos tipos de alimentos. En la zona hay bastante camote, pero se lo dan al niño luego del año de nacido; antes de eso le produciría diarreas.

Según nuestra entrevistada hay maneras de curar las diarreas con “hierba del monte”: “kepishitare”, cuyo tallo se machaca con piedra, luego se hierve y se administra mañana, tarde y noche. De manera idéntica se usa la “uña de gato”. Para el dolor de cabeza de los niños se les baña con piripiri.

Los síndromes culturales no exceptúan al recién nacido:

El niño se puede cutipar por animal, cuando esto pasa hay que tumbar árbol (petakiri, es como hormiga que camina) para que se sane, cortando cortando

para quemar, esa es la costumbre. ¿Cómo es el cutipado?: cuando está con diarrea todos los días es que ha cutipado la abeja. Cuando está con dolor de cabeza no es cutipado.

También es práctica común colocar al niño collares para que no lo “ojeen”. Entre las prescripciones está no ir al río, porque “entra el frío”.

El vegetal para no tener hijos se llama “pitorishi”: “se cocina la raíz desde la mañana hasta las cinco y se le da a las seis en su regla. Ya no sangra y parece hombre”.

En otra parte de la entrevista, respecto a las formas de salir embarazada, encontramos la creencia de que “cuando está con regla y se junta con varón va a tener hijos, cuando no tiene regla no va a tener hijos”.

En el establecimiento de salud se da a luz de manera horizontal: “Cuando ya estás para dar a luz te echan, pero no te dicen si quieres así o asá, antes era vertical ahora ya no”.

Un aspecto importante en materia de apoyo lo constituye la presencia del campamento Las Malvinas adonde pueden acudir los comuneros para realizarse una ecografía, si así lo considera necesario el doctor del establecimiento, o para otro tipo de emergencias. Al respecto existe un convenio entre la compañía Pluspetrol y la DIRESA Cusco.

En el contexto de la explotación del gas de Camisea han aumentado los denominados “regatones”; es decir, comerciantes ambulantes que recorren el río Urubamba y suelen quedarse varios días en una comunidad para luego dirigirse a otra. Estos regatones venden los más diversos artículos, tales como



prendas de vestir para todas las edades, alimentos en conserva, gaseosas, cervezas, etc., en general según la demanda de los pobladores. Lo que interesa destacar en este informe es que los productos más solicitados son los farmacéuticos: ampicilina, antalgina, productos “naturales” de dudosa calidad (comprados en Lima) como jarabes de chuchuhuasi, para el frío, uña de gato para las más diversas dolencias, y cigarrillos

(elementos importantes para “soplar” en caso de haber sido “cogido” por el mal viento).

Como conclusión se observa que hay una decidida pretensión por revalorar el uso de las plantas medicinales, presencia de agentes de medicina tradicional a pesar de los cambios, y uso de ambos sistemas médicos. Asimismo, y no obstante las radicales transformaciones en esta comunidad por la existencia de instituciones religiosas, empresa privada y migrantes de diversas partes, la relación entre profesionales de la salud y población se puede calificar de óptima.

4.10 Comunidad Nativa de Canaán de Cachiyacu

Se encuentra en la provincia loretana de Contamana, a veinte minutos de viaje en transporte fluvial desde la capital de la provincia. Su población está conformada por unas 111 familias y cuenta con algunos pobladores que conocen el uso de plantas medicinales. Hay un promotor de salud, aunque la gestión del establecimiento no es la óptima.

En noviembre de 2011 se realizó una de las actividades que promueve el sector salud, en especial el CENSI: los denominados Diálogos Interculturales, que reúnen al profesional de la red de salud, a los agentes de medicina tradicional y a algún otro actor involucrado en la gestión de salud, como los municipios. De esta actividad se constata el permanente desencuentro entre uno y otro representante (el oficial y el tradicional); por ello:

Con el enfoque intercultural lo que aspiramos es que los doctores del establecimiento de salud incorporen en su bagaje los conocimientos que las comunidades nativas tienen sobre los recursos terapéuticos y que pueden ser útiles en beneficio de la comunidad; además, el actual gobierno está interesado en promover la articulación de las plantas medicinales al sistema oficial de salud (Representante del CENSI).

Los problemas de salud identificados concuerdan con los que señala el sector salud; es decir, la desnutrición infantil y la falta de agua potable, mostrados por los indicadores oficiales permanentemente expuestos en los periódicos murales de los establecimientos, y que los pobladores están acostumbrados a escuchar recurrentemente. Otro problema mencionado con frecuencia es el de la implementación del establecimiento (o sea, el abastecimiento de medicamentos).

Todo seguro no cumple el 100%, el seguro es un sistema, con respecto al SIS hay que dar las facilidades. La provincia tiene cinco distritos y en cada distrito hemos hecho que tengan acceso a la salud, antes no se habían registrado, entonces el gobierno central ha dado la facilidad para que todos se registren y tengan su partida de nacimiento, indispensable para la obtención de su DNI, si no, no accedes al seguro (Responsable del centro de salud).

El trabajo con las comunidades nativas reviste cierta complejidad por su dispersión, al decir de los profesionales de salud

El segundo punto es con respecto a las enfermedades más graves. La principal dificultad que tenemos para los AISPED [Atención Integral de Salud para Poblaciones Excluidas y Dispersas] es el transporte, el municipio nos está ayudando. Han realizado intervenciones en varias comunidades. Capacitar una vez al año, tener un programa, eso puede ayudar. Pero siempre en coordinación con el municipio, con el gerente general, esa idea propongo. Y con las comunidades. Lo otro es que el AISPED intervenga más sostenidamente (Responsable del centro de salud).

Por parte de los agentes de medicina tradicional, las críticas al sistema oficial vienen dadas por la calidad de atención en el establecimiento de salud:

La atención de salud es pésima, aunque los doctores van a las comunidades (los itinerantes) no dan capacitación, solo están un día o menos de un día, ya no hay muchos “curiosos” [nombre con el que se conoce a los herbolarios que tienen interés o algún grado de conocimiento sobre recursos terapéuticos

provenientes de la medicina tradicional]. La medicina de farmacia no cura, además si no traes DNI no te atienden o tienes que pagar (Agente de medicina tradicional).

Para los profesionales de la salud el problema radica en las comunidades, puesto que “los comuneros no vienen a atenderse al establecimiento, a sus controles, ellos tienen otra forma de pensar, por eso es difícil prevenir las enfermedades, por más que se les dé charlas” (Responsable del establecimiento de salud).

Por otra parte, los comuneros son de la idea de que “los médicos tienen que coordinar con nosotros para cuando quieran entrar en la comunidad, de modo que no pasen problemas, porque por desconocimiento los pueden confundir con otras personas, tantas cosas que ahora se ven en las comunidades” (Apu de la comunidad).

No obstante el señalamiento de que hay pocos “curiosos”, la mayoría acude a ellos para aliviar sus dolencias: “Yo he acudido al huesero y a mis hijos, por ejemplo, los he llevado al yerbero, al curandero para curarles de cutipada. Los médicos no curan cutipada, no saben, en las comunidades hay distintas enfermedades”.

Existe el reconocimiento de que la medicina tradicional tiene sus limitaciones en relación a problemas de salud complejos: “Hay muchas enfermedades de mayor gravedad en las comunidades que no se van a curar con medicina tradicional” (Apu de la comunidad).

Como se aprecia, la utilización de la medicina tradicional tiene sus límites para el tratamiento de dolencias identificadas por el sector salud, el que además adolece de limitaciones logísticas, problemas de aseguramiento, de cobertura, de coordinación entre profesionales de la salud y comunidad. Asimismo, están presentes agentes de medicina tradicional, aunque cada vez menos, que atienden las dolencias propias de los síndromes culturales.

4.11 Comunidad Nativa de Nuevo Sucre

Nuevo Sucre es una comunidad shipiba de unas 35 familias, ubicada en la margen izquierda del río Ucayali, en las quebradas de Mashiría, Yarinilla y Yarina, hay una carretera privada de Maple Gas que opera el lote 31B y el ducto de la empresa (agua para consumo) atraviesa las tres quebradas. Los comuneros no tienen agua potable y solo cuentan con dos horas de luz mediante un grupo electrógeno (con combustible proporcionado por Maple Gas). Tienen un botiquín comunal y anhelan una posta médica para atender los problemas de salud más frecuentes.

Las enfermedades más comunes que considera la población son las fiebres, diarreas, artritis, tuberculosis pulmonar, conjuntivitis, tos y cólicos. Aunque cuentan con un promotor capacitado y responsable en su rol, las limitaciones logísticas comprometen su trabajo: “No tenemos movilidad, por eso cuando hay mordeduras de serpiente solo tenemos antiofídicos pero no es suficiente, hay que trasladar al establecimiento de salud de Contamana. La persona puede fallecer si no hay en qué llevar” (Promotor).

De hecho se nos relataron las circunstancias en las que una niña fue mordida por una serpiente y cuando se consiguió una embarcación para llevarla al Puesto de Salud de Canaán de Cachiyacu (al que corresponde), este se encontraba cerrado. Finalmente lograron llegar a Contamana pero la niña ya había fallecido.

Por otra parte, los responsables del establecimiento de salud de Contamana indican:

Acá tenemos que articular las cosas, la medicina tradicional y la medicina farmacéutica, de química, todos juntos, es un trabajo multisectorial (...) tenemos problemas cuando los promotores reportan ya que muchas veces ocultan, porque podemos tener diez casos de diarreas que se curan con su medicina tradicional y no lo reportan y eso baja al establecimiento. Tenemos que estar en permanente relación (Personal de salud).



La población sostiene que en el establecimiento de salud es donde se pueden resolver los problemas, aunque en casa se curan muchas enfermedades a través de las plantas. “Todo el sistema de salud en el Perú tiene problemas, nosotros con las limitaciones que tenemos hacemos lo posible. Los municipios deben apoyar”.

En esta comunidad, donde hay dos curanderos y una partera, pudimos tomar registro de las siguientes enfermedades: mal aire, cutipado y susto. La práctica del parto se realiza de rodillas con acompañamiento de las parteras.



En este sentido, como conclusión, se aprecia que existe legitimidad de la práctica y conocimiento de la medicina tradicional, reflejada en la presencia de parteras y curanderos con dominio de plantas medicinales, y del promotor de salud que trabaja de manera responsable, ha sido debidamente capacitado y lleva un buen registro de atenciones. No se han detectado tensiones entre promotor y agentes de medicina tradicional. En este caso,

las limitaciones del sector impiden una adecuada cobertura y se requiere el apoyo del gobierno local.

Finalmente, en las diferentes comunidades nativas estudiadas se observa que la población local mantiene el uso simultáneo o complementario de la medicina tradicional y de la medicina oficial. La opción por una u otra o por ambas está relacionada con las deficiencias o eficiencia en la prestación de salud oficial y con razones culturales. Se evidencia que en episodios críticos, como epidemias que involucran muerte de personas, animales domésticos o alta morbilidad, las primeras respuestas sobre el origen del episodio descansan en los marcos explicativos de la medicina tradicional, y por ello se recurre a sus agentes. Por otra parte se evidencia el interés que tienen las comunidades por mantener la figura de dicho agente y establecer cierto nexo con el sector salud. En algunos casos la designación sigue las pautas formales: elección en asamblea comunal sobre la base de poseer ciertos conocimientos en el manejo de plantas medicinales, en asistencia de partos, voluntad de colaborar en la atención de dolencias en la comunidad, etc. El elegido recibirá las capacitaciones institucionales que brinda el sector salud en atención primaria para que interiorice el lenguaje biomédico y quizás en parte la doctrina sobre la causalidad de las enfermedades. Dependerá de su destreza o habilidades que pueda combinar, en su práctica como agente de la medicina tradicional, elementos terapéuticos de ambos sistemas de atención. Para el sector, este agente podría ser un futuro promotor de salud, con lo cual el sistema biomédico va asegurando cierta expansión, haciendo efectivo el proceso de medicalización. Un siguiente elemento que se constata es que las relaciones en espacios comunales entre los profesionales de salud y “curiosos” o agentes de la medicina tradicional y población se caracterizan, en su mayoría, por ser conflictivas sobre todo en episodios críticos (epidemias, por ejemplo). Las acusaciones son mutuas y en el caso del personal de salud hacia los agentes de medicina tradicional prima la descalificación por no ser doctores o, lo que es lo mismo, por no poseer preparación o formación académica.

Cuadro 3. Resumen del registro etnográfico de las comunidades nativas visitadas en trabajo de campo

Región	Comunidad nativa	Grupo étnico	Aspectos relacionados a medicina tradicional	Aspectos relacionados a la calidad de atención
Amazonas	Puerto Galilea	Awajún	<p>Presencia de agentes de medicina tradicional capacitados.</p> <p>Revaloración y legitimidad de la práctica de medicina tradicional.</p> <p>La población acude o utiliza elementos terapéuticos de ambos sistemas médicos.</p> <p>Diversos grados de conocimiento sobre el uso de las plantas medicinales.</p>	<p>No hay acercamiento o motivación para informarse sobre los conocimientos tradicionales por parte del personal de salud.</p> <p>El personal de salud no atiende las 24 horas.</p>
Cusco	Kiteni	Machiguengas	<p>Problemas con el promotor de salud que no puede dedicarle tiempo a su labor.</p>	<p>Barreras lingüísticas “del otro”.</p> <p>Se realizan seguimientos porque se considera que los indígenas no siguen las prescripciones.</p>
Amazonas	Guayabal	Wampis	<p>Explicaciones sobrenaturales de la rabia por mordedura de murciélago.</p> <p>Respuesta al evento en términos culturales. El mal viene “de afuera”</p>	<p>Limitaciones logísticas para hacer frente a la epidemia de rabia por mordedura de murciélago (falta de vacunas).</p> <p>Prevención y cura con medicina occidental.</p>
Loreto	San Cristóbal	Achuar	<p>Utilización de plantas medicinales para diversas dolencias, así como parto tradicional.</p> <p>Las enfermedades causadas por la contaminación ambiental no se curan con medicina tradicional.</p>	<p>Limitaciones logísticas para contar con los medicamentos adecuados en cantidades necesarias.</p> <p>Apoyo por parte de la empresa.</p> <p>No existe iniciativa de acercamiento o comprensión de la medicina tradicional.</p>

Loreto	José Olaya	Achuar	Práctica de la toma de huayusa. Práctica de la dieta frente a diversas enfermedades.	La posta de salud fue construida por la empresa petrolera. Prejuicios contra el poblador nativo.
Ucayali	Sepahua	Pluriétnico	Presencia de síndromes culturales. Curaciones con agentes de medicina tradicional cuando no están satisfechos con el desempeño del profesional de salud.	Descrédito de la medicina tradicional.
Amazonas	Alto Tuntus	Awajún	Uso de plantas medicinales. Epidemia explicada y respondida en términos culturales	Limitaciones logísticas para implementación del puesto de salud.
Junín	Gran Pajonal	Asháninkas	Presencia de agentes de medicina tradicional. Las enfermedades provienen “de afuera”.	Limitaciones logísticas para implementación del puesto de salud. Barreras lingüísticas. Tratos discriminatorios.
Cusco	Camisea	Machiguengas	Revaloración de las plantas medicinales y de los agentes de medicina tradicional a pesar de los cambios. Uso de ambos sistemas médicos. Síndromes culturales Dietas.	Relaciones deseables. Rotación de personal. Barreras lingüísticas.
Loreto	Canaán de Cachiyacu	Shipibos	Desaparición de agentes de medicina tradicional.	Limitaciones para la cobertura y atención de salud. Prejuicio ante el personal de salud.
Loreto	Nuevo Sucre	Shipibos	Presencia legitimada de agente de medicina tradicional. Síndromes culturales.	Botiquín comunal con promotor debidamente capacitado.

Fuente: Elaboración propia (2016).

CAPÍTULO 5

EL LARGO Y SINUOSO CAMINO DE LA INCORPORACIÓN DE LA MEDICINA TRADICIONAL, ALTERNATIVA Y COMPLEMENTARIA EN EL SISTEMA OFICIAL DE SALUD

Este capítulo, dada su extensión, se organiza de acuerdo a la siguiente secuencia: en primer lugar se da cuenta de todo aquello que tiene que ver con el proceso de incorporación de la medicina tradicional al sistema oficial de salud, iniciando con las recomendaciones de la OMS y su influencia en el Perú. Aquí se quiere destacar la creación del INMETRA y del CENSI, coincidiendo con el interés del sector salud en ir fijando la estrategia sanitaria de pueblos indígenas y por cuya razón se visitaron diversas comunidades nativas. En segundo lugar, se da cuenta del proceso seguido para la incorporación de las denominadas medicina alternativa y medicina complementaria, en especial al interior del Seguro Social (EsSalud). En tercer lugar se muestra una iniciativa de la AIDSESEP y se culmina con dos breves iniciativas impulsadas por el Colegio Médico del Perú (CMP) y la enseñanza de la medicina tradicional, alternativa y complementaria en algunas universidades.

5.1 El proceso de incorporación de la medicina tradicional, alternativa y complementaria desde el sistema oficial de salud

5.1.1 La medicina tradicional en el contexto de las políticas oficiales de salud en el mundo

De acuerdo con Campos (1996: 66), el inicio del interés por las medicinas tradicionales en el mundo contemporáneo puede situarse en 1971, cuando la República Popular China ingresa al sistema de la ONU y se genera un interés por reconocer *la coexistencia y complementariedad de las prácticas curativas tradicionales y occidentales*.

Posteriormente, en 1974, durante una de las asambleas de la OMS, el entonces director general de dicha organización, señaló la necesidad de “echar mano” de los curanderos y comadronas tradicionales *de los países subdesarrollados* frente a los problemas sanitarios del hombre y de la colectividad (Guerra, 1976). La idea básica era que el curandero o las comadronas fueran *integrados* como *auxiliares* del médico. Tal sugerencia proyectaba que la medicina occidental no podía llegar ni ser difundida a toda la población. Esta constatación, evidentemente, hizo ver su limitación como sistema médico “exportable” a todos los países y, por otro lado, colocó a las medicinas tradicionales en un primer plano.

Posteriormente, en noviembre de 1977, la Asamblea General de la OMS se reunió en Ginebra para evaluar la promoción y desarrollo de la medicina tradicional. Se convocó a expertos en los sistemas médicos tradicionales para que elaboraran un plan de acción, enfocándose sobre todo en los aspectos siguientes:

- a) Norma de política en cuanto a provisión de materiales y técnicas.
- b) Colaboración entre los distintos sistemas de atención en salud.
- c) Educación sanitaria popular.
- d) Formación de personal.

- e) Organización de servicios de salud.
- f) Desarrollo ulterior de la medicina tradicional.
- g) Utilización de la medicina tradicional en los sistemas de salud nacionales.
- h) Investigación en medicina tradicional.

En este contexto, la palabra comúnmente utilizada era “integración”, para referirse a la ayuda que podría prestar la medicina tradicional. Con el concepto de “integración” se aludía a que los curanderos, entre otros especialistas de la medicina tradicional, debían ser *asimilados* a la cultura médica occidental, dotándolos de ciertos conocimientos básicos sanitarios.

La reunión concentró sus expectativas en definir qué es medicina tradicional, cuáles son los factores que permiten identificarla, qué es un sistema de atención sanitaria, cómo puede vincularse la medicina tradicional a los sistemas de atención sanitaria, y qué políticas y qué medidas prácticas pueden adoptarse para promover la medicina tradicional. En este sentido se consideró que medicina tradicional es:

La suma de todos los conocimientos teóricos y prácticos, explicables o no, utilizados para diagnóstico, prevención y supresión de trastornos físicos, mentales y sociales, basados exclusivamente en la experiencia y en la observación, y transmitidos verbalmente o por escrito de una generación a otra (...) asimismo, la medicina tradicional puede considerarse como una “firme amalgama entre práctica médica activa y experiencia ancestral” (OMS, 1997, p. 8).

Se destacó que una salud positiva es el resultado de un bienestar físico, mental, social, moral y espiritual, dimensiones que debieran reflejarse tanto en la atención en salud como en la conservación de esta. De otra parte, se definió al *curandero tradicional* como

una persona reconocida por la propia comunidad en que vive como competente para prestar atención de salud mediante empleo de productos vegetales, animales y minerales, y aplicación de algunos otros métodos de origen social, cultural y religioso, basados en los conocimientos, actitudes y creencias de la

comunidad en lo que respecta al bienestar físico, mental y social, y al origen de la enfermedad y la invalidez (Ibídem, p. 9).

Desde este contexto, la medicina tradicional se consideraba estancada por cuanto no había aprovechado las “ventajas” que ofrece el método científico para su propio progreso, quedándose por esta razón a la zaga de la práctica clínica de los países industrializados, cuya medicina (occidental) sí aprovechaba la innovación tecnológica y se consideraba como “científica o moderna”.

No obstante este diagnóstico, el grupo reunido insistió en la idea de que a la medicina tradicional hay que mirarla como un todo y no enfocarse solamente en las plantas medicinales, porque ello invitaba a confundir medicina tradicional con plantas medicinales.

Finalmente, los argumentos que giran en torno a la necesidad de promoción y desarrollo de la medicina tradicional se resumen en el cuadro siguiente:

Cuadro 4. Consideraciones hacia la medicina tradicional para integrarla al sistema oficial de salud

Variable cualitativa	Observación
Ventajas intrínsecas	Emanada del pueblo y bien aceptada por este. Eficaz para resolver problemas de salud relacionados con el medio cultural. Su promoción y desarrollo garantizarán el respeto a las culturas y a las tradiciones populares.
Enfoque único y holístico	Considera al hombre en su totalidad y en su espectro ecológico, partiendo al mismo tiempo de que la falta de salud o la enfermedad proceden de un desequilibrio del hombre en su sistema ecológico total y no solo del agente causal y la evolución patógena.
Factor operativo estratégico	Constituye el medio más seguro de lograr hacia el año 2000 la cobertura total de la población del mundo mediante métodos de atención sanitaria aceptables, seguros y económicamente asequibles.

Fuente. OMS (1977).

Entre las pautas que guiarían la integración de la medicina tradicional a la atención primaria de salud se consideran:

1. El reconocimiento y la incorporación de los practicantes de la medicina tradicional a los programas de desarrollo de la comunidad.
2. Formación complementaria de los practicantes de la medicina tradicional, con el fin de utilizar sus servicios en la atención primaria de salud.
3. Enseñanza de principios de medicina tradicional al personal profesional de salud y a los alumnos de “medicina moderna”, con el propósito de promover el diálogo, la comunicación, el buen entendimiento y, finalmente, la integración.
4. Educación popular para desterrar la idea de que el uso de remedios tradicionales equivale a utilizar una medicina de categoría inferior.
5. Catalogación de todas las plantas medicinales del país o de la región de que se trate y difusión de la información así obtenida.
6. Conservación de las fórmulas y los nombres tradicionales de las prescripciones cuando se adopte la medicina tradicional en la atención primaria de salud, y prácticas de las investigaciones necesarias sobre los sistemas tradicionales de medicina (OMS, 1977, p. 15).

Operativamente, la integración de sistemas médicos implicaba un objetivo por alcanzar en un futuro previsible y estaba relacionado con lograr una síntesis de las ventajas de la medicina tradicional y de la llamada “medicina occidental” mediante la aplicación de conocimientos y métodos científicos modernos para la época. Para lograr este objetivo se apostaba por combinar métodos individuales, teoría y práctica, diversidad de técnicas y apoyo, así como respeto mutuo, reconocimiento y colaboración entre el personal de los diversos sistemas médicos.

Como aspecto básico previo a cualquier integración de ambas medicinas era necesario poseer información acerca de las medicinas tradicionales de cualquier país, lo que implicaba conocer los procesos educativos por los cuales se llega a ser un

médico o especialista tradicional, los recursos terapéuticos comúnmente utilizados, aspectos relacionados con la dieta y, *previa demostración y validación científica*, la búsqueda de los mecanismos para la integración. Así, la validación científica *haría* posible su aceptación.

Aun integrando la medicina tradicional a la medicina occidental, el proceso no deja de tener sus complejidades. Por ejemplo, para la época se consideraban las siguientes limitaciones para lograr dicha integración:

- a) Importancia excesiva a la formulación cultural de la medicina tradicional.
- b) Dificultades de trasplantes de culturas y necesidad de conservar el patrimonio cultural para evitar la alienación en ese orden.
- c) Inclinação excesiva de los distintos sistemas hacia las medidas curativas o hacia las preventivas debido a las ventajas económicas que ello supone en algunas circunstancias.
- d) Imposibilidad de integración de ciertos aspectos de la medicina tradicional por razones espirituales y morales u otros principios de orden fundamental; por ejemplo, exorcismo y artes curativas especialmente relacionadas con el espiritualismo.
- e) Motivos comerciales que determinan el tipo de prácticas en ciertas circunstancias.
- f) Diferencias fundamentales entre conceptos de salud, vida y enfermedad en que se basan desde el punto de vista filosófico los distintos sistemas médicos.

En cuanto a las ventajas, estas giraban en torno a que con la integración se lograría:

- a) Beneficio recíproco de los distintos sistemas.

- b) Extensión de los conocimientos generales sobre atención sanitaria en favor de la humanidad, especialmente en vista de las posibilidades inherentes de conseguir una cobertura más amplia y eficaz de la población.
- c) Mejora cualitativa y cuantitativa del personal de medicina.
- d) Mayor difusión de los conocimientos sobre atención primaria de salud.
- e) Aplicación de un medio óptimo para alcanzar el objetivo de atención sanitaria para toda la población en el año 2000.

Como obstáculos para la integración fueron considerados los siguientes:

- a) Actitud de elogio pero pasiva frente al proceso de integración.
- b) Temor de que la medicina tradicional tenga efectos secundarios (yatrogénicos).
- c) Incertidumbre sobre la condición del personal que reciba enseñanzas integradas en la actual jerarquía social y profesional.
- d) Resistencia que puedan manifestar los defensores intransigentes de uno y otro sistema.
- e) Temor a litigios teniendo en cuenta que el ordenamiento jurídico tiende a proteger a los sistemas bien constituidos, a fomentar el monopolio e incluso a prohibir otros sistemas.

Entre los requisitos o principios necesarios para la integración se destacan:

- a) Información, indispensable para “convencer” a las autoridades políticas, al personal de salud y a la población en general.
- b) Programas de enseñanza.

- c) Establecimiento de una farmacología común que sirva de puente entre los dos sistemas.
- d) Aceptabilidad sociopolítica y de reconocimiento jurídico que garantice la canalización de recursos materiales y financieros.
- e) El pronto establecimiento de un diálogo entre el personal de los distintos sistemas con el fin de eliminar prejuicios y promover actitudes más abiertas.
- f) La divulgación de aspectos positivos de ambas medicinas facilitaría la comunicación entre los representantes de los sistemas y la población en general.

La estrategia de integración se enfocaba en la capacitación de curanderos y de parteras tradicionales, estas últimas por las ventajas que ofrece en el ámbito de la salud materno-perinatal para:

- a) La reorganización de todo el personal de salud existente con fines de formación coordinada.
- b) Obtención de personal sanitario adecuado para la mejor cobertura de las poblaciones desatendidas,
- c) Establecimiento de programas y servicios adecuados en el contexto de la atención primaria de salud.

Con estos antecedentes y tendencia en marcha en torno a la posibilidad de integrar a la medicina tradicional en el sistema oficial de salud es que se desarrolló, en 1978, en Alma Ata, la Conferencia Internacional para la Atención Primaria de la Salud, dedicada a plantear los lineamientos y directrices para fortalecer la estrategia de atención primaria en salud, en la que la promoción de la medicina tradicional juega un papel importante, pero también otorga un rol fundamental a la participación de la colectividad para generar mejores condiciones de salud: “el pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual o colectivamente en la planificación y aplicación de

su atención en salud” (OMS, 1978, p 3). Por otro lado, en su consideración VI, la Declaración señala que:

la atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnología prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación (Ibídem, p. 3).

Posteriormente se coloca el acento en que la atención primaria de la salud se basa en el plano local con la participación de médicos, enfermeras, *parteras*, auxiliares y trabajadores de la comunidad, así como de personas que practican la medicina tradicional, en la medida en que se necesiten, con el adiestramiento debido en lo social y en lo técnico, para trabajar como un equipo y atender las necesidades de salud expresadas de la comunidad.

Como aspecto operativo de la estrategia de la atención primaria de la salud, la consideración a los curanderos tradicionales es explícita al señalar que:

en casi todas las sociedades hay curanderos y *parteras* tradicionales. Suelen estos formar parte de la comunidad, la cultura y las tradiciones locales, y en muchos lugares siguen gozando de gran consideración social, lo que les permite ejercer una influencia considerable sobre las prácticas sanitarias de la localidad. Con el apoyo del sistema oficial de salud, este tipo de personal indígena puede llegar a ser un colaborador importante en la organización de las actividades para mejorar la salud de la comunidad. Es posible que algunas colectividades los designen para la prestación de atención primaria en el nivel local, y, en consecuencia, se deben explorar las posibilidades de incorporarlos a las actividades de la atención primaria de la salud, dándoles el adiestramiento correspondiente (Ibídem, pp. 72-73).

Posteriormente, en 1983, la misma OMS (citada por Zuloaga, 2006) reflexiona sobre la conceptualización brindada anteriormente y sostiene que, efectivamente:

La medicina tradicional es un término ambiguo usado de manera vaga para distinguir prácticas de atención en salud antiguas y ligadas culturalmente, que

existieron antes de la aplicación de la ciencia a los asuntos de salud en la medicina científica moderna oficial o alopática. Algunos sinónimos empleados con frecuencia son: indígena, no ortodoxa, alternativa, folclórica, étnica y medicina no oficial. El término no es satisfactorio, porque implica ampliamente que hay un cuerpo de principios, conocimientos y habilidades comunes a todas las variedades de medicina tradicional y porque no distingue entre sistemas complejos y completamente abarcadores de atención en salud como el ayurveda, por un lado, y remedios caseros simples, por el otro (Ibídem, p. 4).

Abona a esta incertidumbre conceptual el hecho de que en distintas bibliografías se observan definiciones diversas sobre medicina tradicional. No obstante esta variedad, su denominador común es asociar la práctica a cuestiones “mágicas”, “supersticiosas”, “no-rationales”, “pre-modernas” y otros calificativos exactamente opuestos a lo que se conoce como medicina occidental. Términos asociados son los de conocimiento tradicional en salud, saber popular en salud, saberes tradicionales en salud, medicina folclórica, etc.

Una forma de superar esta situación y con la intención de llegar a consensos sobre el tema es que, a partir de 1995, también se viene utilizando un término más abarcador: *sistemas tradicionales de salud*. Así, de acuerdo a la OPS (citada por Zuloaga, 2006):

Cada cultura, dentro de su proceso de desarrollo histórico, ha identificado formas de responder a los problemas fundamentales (...) En cuanto al problema específico de la enfermedad podemos decir que se han creado categorías, modelos, ideas, prácticas, etc. muy propios, que dependen de la cosmovisión, la historia social –y económica– y el ámbito geográfico –naturaleza– en el que se asienta cada cultura. Por ello, estas respuestas no necesariamente son idénticas ni válidas para todas las culturas (Zuloaga, 2006).

En este sentido la OPS, en el marco de los planes de acción referidos al fortalecimiento de los sistemas de salud tradicionales, considera que el bienestar para los pueblos indígenas está relacionado con:

La armonía de todos los elementos que hacen la salud (...). De esta manera los sistemas de salud tradicionales son un tipo de sistemas de salud locales donde

la integralidad y lo holístico son conceptos que han estado siempre presentes en el pueblo indígena (Ibídem).

Además se señala que: “En los sistemas de salud tradicionales, la enfermedad es definida, en un sentido social, como la interferencia con el comportamiento social normal y la habilidad del individuo para trabajar”, para finalmente concluir que: “La investigación sobre la eficacia de las prácticas y códigos de ética, tanto en los sistemas médicos tradicionales como en el sistema médico occidental, beneficiará a los usuarios de los diferentes sistemas de salud” (OPS, 1997).

Finalmente los profesionales de la OMS, luego de diversas consultas a funcionarios públicos de los ministerios de Salud de los países signatarios, elaboraron la denominada Estrategia sobre Medicina Tradicional 2002-2005, la que además de la medicina tradicional se ocupa de la medicina alternativa y complementaria, con la finalidad de tener una idea sobre su uso en todo el mundo y establecer líneas de acción estratégicas para la adecuada incorporación de los diversos sistemas médicos en el sistema oficial de salud. Así, para la OMS, la “medicina tradicional”

es un término amplio utilizado para referirse tanto a los sistemas de medicina tradicional como por ejemplo la medicina tradicional china, el ayurveda hindú y la medicina unani árabe, y a las diversas formas de medicina indígena. Las terapias de la MT incluyen terapias con medicación, si implican el uso de medicinas con base de hierbas, partes de animales y/o minerales, y terapias sin medicación, si se realizan principalmente sin el uso de medicación, como en el caso de la acupuntura, las terapias manuales y las terapias espirituales. En países donde el sistema sanitario dominante se basa en la medicina alopática, o donde la MT no se ha incorporado en el sistema sanitario nacional, la medicina tradicional se clasifica a menudo como medicina “complementaria”, “alternativa” o “no convencional” (OMS, 2002, p. 1).

Un elemento que llama la atención en el documento es que cuando se refiere a la medicina tradicional y a su práctica las asocia regionalmente al continente africano, a Latinoamérica, al sudeste asiático y/o al Pacífico Occidental, y cuando se refiere a medicina alternativa y complementaria las asocia a Europa, Norteamérica (Estados Unidos y Canadá) y Australia.

No obstante las iniciativas planteadas, el desarrollo o el fortalecimiento de la incorporación de la medicina tradicional y de la medicina alternativa y complementaria son muy desiguales en cada país.

5.1.2 La medicina tradicional en el sistema oficial de salud en el Perú: los antecedentes institucionales

En el Perú, algunos destacados estudiosos de la medicina tradicional, estimulados por las iniciativas de Alma Ata, organizaron en 1979 un evento que se denominó “Primer Congreso Mundial de Medicinas Folklóricas”, auspiciado por la OMS, en el que participaron 518 representantes de 28 países. Este congreso, que se realizó de manera simultánea en Lima, Cusco e Iquitos, provocó el rechazo de un sector mayoritario del cuerpo médico y casi la inhabilitación del ejercicio profesional de los organizadores: “ese Cabieses que está haciendo un congreso de brujos (...) y aunque se nos amenazó con expulsarnos del Colegio Médico nosotros continuamos con la realización del congreso” (Comunicación personal con Fernando Cabieses).

Dicho rechazo se vio reflejado en que menos del 25% de los asistentes lo conformaban médicos; por el contrario, el volumen mayoritario estuvo compuesto por profesionales de la botánica, la antropología, la psicología, la salud pública, la farmacología y la biología.

No obstante este interés, la etiqueta de “folklórica” nos señala la apreciación que se tenía hacia dicho sistema médico.

Un evento similar, denominado “Segundo Congreso Internacional de Medicinas Tradicionales”, se realizó en junio de 1988, cuya temática se concentró en tres áreas fundamentales:

- a) **Farmacognosia:** en la que se discutió acerca de los medicamentos tradicionales, con una orientación especial al conocimiento de las plantas medicinales. Este espacio convocó sobre todo a botánicos, fitoquímicos, farmacólogos, naturistas y agrónomos.

- b) **Antropología médica**⁴: en el que se abordaron los diversos sistemas médicos que constituyen la base de las medicinas tradicionales en los diferentes grupos étnicos. Convocó especialmente a antropólogos, sociólogos, psicólogos, psiquiatras y practicantes de las medicinas tradicionales.
- c) **Integración entre la medicina académica**⁵ y la **medicina tradicional**: en el que se enfatizaron los programas de atención primaria de la salud y los aspectos normativos necesarios para dicha integración. Convocó a abogados, planificadores, administradores, comunicadores sociales, politólogos, etc.⁶ (Actas del Segundo Congreso Internacional de Medicinas Tradicionales, 1988).

Sobre este segundo congreso vale la pena señalar diversas condiciones que dan cuenta de cierto grado de tolerancia frente a lo que ya venía denominándose medicina tradicional y que marcan una diferencia sustancial frente al primer congreso:

- a) A diferencia del anterior congreso, este contaba con el apoyo del gobierno peruano a través de los ministerios de Salud y de Relaciones Exteriores, respaldo de instituciones como el Colegio Médico del Perú, la Academia Nacional de Medicina, la Universidad Nacional Federico Villarreal y la Universidad Peruana Cayetano Heredia, así como el auspicio de instituciones y cooperantes internacionales como la Organización de Estados Americanos (OEA), la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la Municipalidad de Lima Metropolitana.
- b) Existían diversas iniciativas oficiales y no oficiales en otros países encaminadas hacia el mismo objetivo de integrar las medicinas tradicionales con la medicina académica, como el de la Sociedad Boliviana de Medicina Tradicional, por ejemplo.

⁴ En el comité organizador, aparte de los médicos-antropólogos estudiosos de la medicina tradicional como Fernando Cabieses, Alberto Segúin y David Frisancho, entre otros, figuraban antropólogos como José Matos Mar, y expertos como Roger Rumrill y politólogos como Manuel Bernal Alvarado.

⁵ Se ha colocado el término tal cual aparece en los documentos de la época.

⁶ Cabe destacar que, a través del Ministerio de Salud del Perú, se invitó a los ministros homólogos de todos los países latinoamericanos.

- c) Un creciente interés por parte de diversos institutos de investigación a nivel mundial en relación a la etnobotánica.

Estos factores influyeron para que este segundo congreso convocara a representantes de 43 países y se desarrollara de manera simultánea en Arequipa, Chiclayo, Cusco, Ica, Iquitos, Lima, Trujillo, Piura, Puno y Pucallpa, donde se discutieron aproximadamente 160 trabajos científicos en las distintas áreas señaladas anteriormente.

Como conclusiones importantes de este segundo congreso destacan el esfuerzo por comprender a la medicina tradicional desde el punto de vista “émico”⁷ y la necesidad de realizar estudios comparativos transculturales. Asimismo, se exhorta a que se *respeten y revaloren las creencias, los procedimientos y las prácticas de la medicina tradicional en su totalidad* (cursiva nuestra).

Por otro lado, si bien este congreso abordó la medicina tradicional, también contribuyó a visibilizar aquellas que se denominaban como medicinas alternativas o “paralelas”. De allí que se sugiriera precisar las diferencias entre estas y aquellas con la medicina académica. En este sentido, una primera diferenciación y caracterización básica se establecía de la manera siguiente:

- a) **Medicina tradicional:** conjunto de creencias y prácticas tradicionales fundamentadas en un universo específico de relaciones sociales, dentro de una cosmovisión *folk* en la que, por lo general, la salud se entiende como una situación de equilibrio del hombre con la naturaleza.
- b) **Medicina académica:** basada cada vez más en conceptos científicos y biotecnologías cosmopolitas –es decir, universales– y con un carácter o *tendencia hegemónica* (cursiva nuestra).
- c) **Medicinas alternativas o paralelas:** basadas en conceptos diferentes (a los anteriores), que han sido adoptadas por diversos grupos culturales en distintas

⁷ Para Marvin Harris lo “émico” se refiere al punto de vista del actor.

regiones del mundo, tales como la homeopatía, la osteopatía, el naturismo, el yoga, la acupuntura, etc.

En relación al método de estudio de los sistemas médicos en sociedades plurales se destaca la necesidad de utilizar la etnografía, la investigación participante y la perspectiva émica, considerando como un sistema válido en sí mismo al conjunto de creencias y prácticas médicas que están relacionadas entre sí y que no son independientes del conjunto de valores y creencias de la sociedad total. Por el contrario, la medicina es una manifestación de orden cultural que forma parte indisoluble de los sistemas culturales que la contienen.

En este sentido, la antropología médica debe integrar las percepciones individuales, los significados colectivos y los comportamientos sociales referidos a la medicina tradicional.

En relación a los problemas o necesidades identificados en este evento y que de una u otra manera se pretenden subsanar posteriormente para lograr la integración de la medicina tradicional a la medicina académica, señalamos los siguientes:

- a) Poca disponibilidad presupuestaria en los países subdesarrollados para investigar plantas medicinales y múltiples obstáculos.
- b) Escasa divulgación de los estudios de etnobotánica.
- c) Desinformación sobre técnicas de recolección, selección, manejo y comercialización de plantas medicinales, carencia de registros actualizados, de sistemas de información adecuada sobre los recursos vegetales y su toxicidad, usos y efectos.
- d) Ausencia de sistemas de protección, conservación y cultivo controlado de las plantas medicinales (algunas de las cuales ya se consideraban en proceso de extinción por sobreexplotación y efectos de la contaminación ambiental).
- e) Elaboración, por parte de cada país, de una base nacional de datos sobre las plantas medicinales.

- f) Superación del enfoque parcial y simplista de búsqueda de efectos terapéuticos aislados del contexto psicosocial y afectivo que circunscribe las transacciones terapéuticas y la relación médico-paciente. Para ello se sugiere el trabajo interdisciplinario –por ejemplo, con la antropología– y la cooperación interinstitucional.

- g) Incorporación de las universidades y del sector privado tanto en la investigación como en la docencia y formación de personal.

Sobre el tema de la integración de la medicina académica con la medicina tradicional vale la pena señalar la diversidad de posiciones, desde aquellas que exigen respetar la doctrina del sistema médico, las que optan por establecer comparaciones entre los sistemas y las que ponen el fiel de la balanza entre ambas posiciones. En todo caso, la idea de integración gira en torno a no limitar o anular la identidad cultural del *sector subordinado*, no obstante producirse, en la realidad de la época, la “absorción” de los recursos terapéuticos de la medicina tradicional por parte de la académica.

Se concluye además que, en la práctica, con la finalidad de recuperar su salud, la población apela a diversos recursos terapéuticos tanto tradicionales como modernos, “integrándolos” en una sola propuesta terapéutica.

Diversos son los planteamientos para revertir la situación descrita e impulsar el estudio e interés de la medicina tradicional por parte del sistema oficial de salud como, por ejemplo:

- a) La creación de una red interactiva de centros e investigadores dedicados al estudio, evaluación y desarrollo de las medicinas tradicionales a nivel mundial, en los países en desarrollo, a nivel, en las distintas realidades ecológicas, sociales y culturales; de manera tal que permita rescatar, desde una perspectiva integral, el conocimiento y las diversas expresiones de las prácticas terapéuticas médicas tradicionales.

- b) Establecer programas de investigación, información y educación continua para los distintos sectores profesionales de la salud en aspectos relacionados a la etnobotánica, etnomedicina, etnoobstetricia y psiquiatría transcultural, así como en

los otros campos de aplicación clínica y epidemiológica de las medicinas tradicionales.

- c) Establecer un diálogo fructífero entre los representantes de la medicina académica y los agentes de la medicina tradicional para convenir sobre la complementariedad de los distintos enfoques diagnósticos y terapéuticos; para ello se requiere procurar una síntesis entre el discurso científico y el discurso social, y promover la coexistencia de la medicina tradicional y de la científica en el nivel local de atención primaria para la salud.
- d) Las propuestas de integración se basan en supuestos no comprobados porque no se conoce cuál sería la posición de los colegios profesionales y de los propios agentes de medicina tradicional, los costos de la integración y las normas necesarias para lograrlo.

5.2 Creación del Instituto Nacional de Medicina Tradicional (INMETRA)

Tal correspondencia de ideas, intereses y entusiasmo que surgió en el Segundo Congreso Internacional de Medicinas Tradicionales entre un grupo de personalidades vinculadas a la medicina y las ciencias sociales, se concretó en 1990 con la creación del Instituto Nacional de Medicina Tradicional (INMETRA) como un organismo público descentralizado del Ministerio de Salud. Fue, probablemente, la primera entidad pública en América Latina cuyas funciones específicas recaían en la difícil tarea de *articular* la medicina tradicional al sistema oficial de salud *en el nivel primario de atención*, tal como se refleja en varios de sus documentos institucionales:

El Instituto Nacional de Medicina Tradicional tiene la misión de movilizar y emplear todos los recursos o eslabones útiles disponibles de las medicinas tradicionales peruanas y *articularla* con los recursos de la medicina académica con el objetivo de lograr que ambos recursos se complementen a nivel de la atención primaria de la salud para lograr la meta de llevar dicha atención de

salud a los pueblos de las zonas rurales y urbano marginales (Manual de Organización y Funciones - MOF)⁸.

Y como funciones institucionales se consideran, entre otras, las siguientes:

- Promover y desarrollar la investigación en las áreas de *antropología médica* y contribuir al conocimiento sistemático de los agentes de la medicina tradicional⁹ tanto humanos como materiales, como un medio de posibilitar la articulación de la medicina tradicional con la medicina académica y así contribuir al mejoramiento de la atención primaria de la salud en las zonas rurales y urbano-marginales¹⁰.
- Descentralizar, mediante la creación o fortalecimiento de las filiales, las acciones del INMETRA en las distintas regiones del país¹¹.
- Buscar mecanismos de articulación de la medicina académica con la medicina tradicional para mejorar la cobertura de la atención de la salud de la población rural.
- Buscar los mecanismos que permitan garantizar la participación de representantes idóneos en consulta participativa con los pueblos indígenas.
- Crear los espacios necesarios para el fortalecimiento, desarrollo y continua efectividad de las medicinas tradicionales en las áreas rurales, así como la organización de los sectores indígenas respetando los derechos culturales, los sectores académicos y profesionales procurando la articulación efectiva.

⁸ Nótese la asociación entre medicina tradicional, atención primaria de la salud y zonas rurales y urbano-marginales.

⁹ Agentes de medicina tradicional es la denominación “oficial” de curanderos, parteras, chamanes, hierberos, etc., debido a que estos términos se asociaban mucho a brujería, superchería o charlatanería.

¹⁰ Se promueve la incorporación de científicos sociales al análisis de la salud de la población.

¹¹ El INMETRA llegó a crear 18 filiales en todo el país: Arequipa, Ayacucho, Cajamarca, Cusco, Chiclayo, Huancayo, Huaraz, Huacho, Ica, Iquitos, Jauja, Piura, Pucallpa, Puno, San Martín, Tacna, Tarma y Trujillo.

- Difundir los trabajos de investigación multidisciplinaria involucrando a profesionales: botánicos, antropólogos, químicos, farmacólogos, farmacéuticos, agrónomos, médicos, etc.

(Los demás objetivos y funciones del INMETRA se incluyen en el anexo 1).

El escenario de acción del INMETRA se concentró fundamentalmente en poblados de zonas andinas, en coordinación con las instancias de salud regionales y locales, sin descuidar el ámbito urbano-marginal, en los que se desarrollaban diferentes actividades que podemos enmarcar en cuatro rubros importantes:

- a) Normatividad y publicaciones.
- b) Intercambio de experiencias con agentes de medicina tradicional, en especial con las parteras tradicionales.
- c) Cursos de capacitación al personal de salud sobre utilización de plantas medicinales.
- d) Implementación de jardines botánicos de plantas medicinales en los lugares donde existían filiales.

Estas líneas de trabajo apuntaban en conjunto a un *rescate-revaloración* de las medicinas tradicionales de nuestro país, aliviando especialmente aquellos aspectos que fueran (y son) verificables “objetivamente” bajo los parámetros de la ciencia experimental. Por ello se dio significativa importancia a la utilización de las plantas medicinales (cuya eficacia desde la ciencia experimental se explica por la presencia de principios activos) y a la práctica del parto tradicional (que como técnica puede ser comparable estadísticamente).

Esta circunstancia es la que denominamos “resignificación” de los recursos terapéuticos de la medicina tradicional por parte de la medicina occidental, por cuanto la explicación sobre la que descansa en términos de la cosmovisión tradicional (como puede ser, para el caso de las plantas medicinales por ejemplo la cualidad frío-calor)

es dejada de lado para dar paso a la explicación científica (que se asume en términos de principios activos químicos).

En este sentido, lo que se produce es una resignificación del saber, mientras que los aspectos simbólicos o rituales relacionados con la medicina tradicional son desplazados, en el mejor de los casos, a un segundo plano por considerarse que anidan en lo “mágico” o en la “creencia”, y es difícil, sino imposible, enfocarlos desde un punto de vista estrictamente racional y científico.

De este período resulta importante destacar que desde el INMETRA se impulsó la discusión de una normativa que permitiera llenar los vacíos existentes en materia de reconocimiento u ordenamiento de la medicina tradicional. En este sentido, esta entidad coordinó la realización del encuentro denominado “Medicina tradicional: legislación y relaciones políticas en el área azteca, maya y andina” en Antigua Guatemala, del 26 al 29 de octubre de 1994, con el auspicio de la OPS, y que congregó a funcionarios de Bolivia, Chile, Ecuador, Guatemala, México y Perú (Cabieses, 1995).

Antes de este encuentro se llevaron a cabo diversas reuniones en varios países, encaminadas en el mismo sentido de bregar por un reconocimiento formal de la medicina tradicional en los sistemas oficiales de salud, entre las cuales destacamos:

- Reunión del Grupo de Trabajo sobre Salud, Culturas Médicas Tradicionales en América Latina y el Caribe, en Washington D. C. del 28 de noviembre al 2 de diciembre de 1983, en cuyo informe se formularon recomendaciones para la cooperación técnica en el campo de las medicinas tradicionales relacionadas con las estrategias de atención y sistemas de salud, los programas de atención de servicios y la educación en ciencias de la salud.
- Seminario de Pueblos Indígenas y Salud, realizado en Canadá del 13 al 18 de abril de 1993, en el que se orienta a un enfoque de atención prioritaria a poblaciones vulnerables, favoreciendo la participación ciudadana y apoyándose en recursos locales en acciones preventivas de salud.
- Reunión de Panajachel: Grupo de Expertos en la Utilización Industrial de las Plantas Medicinales, efectuado en Guatemala del 11 al 17 de julio de 1993, en la

que se debate sobre la necesidad de formular políticas para la utilización de plantas medicinales.

- Taller Subregional Mesoamericano “Pueblos indígenas y salud”, que se llevó a cabo en Quetzaltenango (Guatemala) en julio de 1994 y en cuyo Informe Ejecutivo se destaca el derecho a la participación activa de los pueblos indígenas, el abordaje integral en salud y derecho a la autodeterminación, el reconocimiento de la realidad intercultural de los países de la región, y el reconocimiento real y legal de la medicina tradicional como otro sistema de atención.
- Culturas Tradicionales de Salud de las Américas, que tuvo lugar en Venezuela del 13 al 15 de septiembre de 1994, con el objetivo de promover la adecuada utilización del patrimonio propio de las culturas tradicionales de salud, concertar con los pueblos indígenas la elaboración de una legislación para proteger las prácticas tradicionales de salud de cualquier forma de discriminación, prohibición o represión, así como el fortalecimiento de organizaciones indígenas en beneficio de las prácticas de salud.

Como consecuencia del análisis respectivo se evidenció la escasez de normas y procedimientos que apoyaran un proceso de integración o articulación de la medicina académica con las medicinas tradicionales de las regiones representadas. Asimismo, se coincidió en la necesidad de profundizar en estudios de carácter sociológico de los diversos grupos étnicos, con la finalidad de *orientar* sus prácticas de medicina tradicional.

La presencia de los representantes de la medicina tradicional también se consideró necesaria para la elaboración de los instrumentos legales correspondientes. Un hecho que no pasó desapercibido en este grupo de discusión está directamente vinculado a la necesidad de diferenciar a los charlatanes de los curanderos “auténticos”, para marcar el límite del ejercicio ilegal de la medicina tradicional. Se ponía en evidencia una problemática común entre los países representados.

5.2.1. Iniciativas legales para lograr el reconocimiento de la medicina tradicional (1995-2001)

Desde la década de los noventa hasta la actualidad existieron (y existen) iniciativas legislativas para lograr el reconocimiento de la medicina tradicional que no necesariamente fueron consecuencia del accionar del INMETRA, pero que indican la necesidad de normar, formalizar y *controlar el ejercicio de la medicina tradicional* frente a la presencia o visibilidad de cada vez más personas, aquejadas de diversas dolencias, que acuden a los agentes de medicina tradicional, con el fin de evitar ser sorprendidas por inescrupulosos.

Así, durante el período 1995-2000, se presentaron ante el Congreso de la República por lo menos siete iniciativas legislativas, tales como:

- Proyecto de Ley 00272: Ley del naturista en medicina natural folklórica tradicional, del 5 de septiembre de 1995. Pretendía reconocer el uso ancestral de conocimientos terapéuticos y superar la exclusión de la medicina natural tradicional del sistema oficial de salud. El proyecto incluía a los médicos académicos que utilizan la medicina natural folklórica tradicional y quería regular la situación de los no profesionales en la rama médica naturista en sus diferentes niveles: médicos naturistas, licenciados en especialidades integradas a la profesión médica, tecnólogos médicos naturistas, técnicos naturistas, farmacopistas, etc. Asimismo planteaba que la formación profesional de los naturistas en medicina natural folklórica tradicional se realizara en las universidades nacionales, particulares y en los institutos superiores creados y/o facultados para este fin; mientras que la estrategia de articulación debía girar en torno a la captación, capacitación y selección de los agentes de medicina tradicional evaluados por el sector salud¹².
- Proyecto de Ley 00763: Ley de legalización de la actividad del curandero, del 29 de noviembre de 1995, la que se justificaba por preservar y proteger la medicina

¹² Esta propuesta normativa fue impulsada por la Asociación Nacional de Naturistas en Medicina Folklórica Tradicional.

tradicional como parte del patrimonio cultural del Perú. Buscaba regular y normar la actividad de los agentes tradicionales de la salud (curanderos, herbolarios, hueseros, rezadores y parteras) para incorporarlos al sistema oficial de salud solo por mandato de ley y aval de la comunidad respecto a sus agentes tradicionales de salud, encargándole al INMETRA la evaluación de dichos agentes y la creación de un padrón nacional. Este proyecto también consideraba sanciones por malas prácticas.

- Proyecto de Ley 01786, de marzo de 1996, justificado –entre otras razones– en el uso ancestral de las plantas medicinales, asumiendo que el 50% de la población recurre a ellas debido a sus componentes “bioenergéticos”. Otra justificación radica en su valor comercial en el mercado. Es importante destacar el concepto de plantas medicinales, definidas como “aquellas que en su composición tienen sustancias activas con propiedades terapéuticas”. Asimismo, en el campo de las plantas medicinales, el MINSA es el encargado de revalorar y promover el desarrollo de la investigación, capacitación, normatividad y articulación de la medicina tradicional con la medicina académica, para contribuir a elevar los niveles de vida y salud de la población nacional, especialmente rural.
- Proyecto de Ley 2941: Ley de promoción de las plantas medicinales, de agosto de 1996, y Proyecto de Ley 1092: Ley de plantas medicinales de marzo de 1997, que enfatiza el Proyecto de Ley 01786 anteriormente mencionado.
- Proyecto de Ley 03298, del 18 de septiembre de 1997, donde se señala la subordinación de la medicina tradicional a la medicina convencional en tanto tratamiento. Asimismo, crea un “Registro de Practicantes de la Medicina Tradicional” y el otorgamiento de una licencia para habilitarlos. Se argumenta que con este reconocimiento se ampliaría la cobertura de salud ya que los agentes tradicionales son también agentes de la salud.
- Proyecto de Ley 04004: Reconociendo la medicina natural, del 16 de septiembre de 1998. Se basa en la ancestralidad y su propósito es evitar a las personas inescrupulosas (charlatanes). Incorpora funciones al INMETRA para formalizar

la medicina natural, controlar y autorizar el ejercicio del oficio, promover la investigación científica y académica de la medicina natural, y promover las plantas medicinales con fines productivos.

- Proyecto de Ley 05425: Ley de incorporación de la medicina complementaria al sistema nacional de salud, del 24 de noviembre de 1999. Se sustenta en la experiencia de EsSalud para justificar el reconocimiento de la medicina complementaria (no convencional), así como el uso en otros continentes de terapias complementarias o experiencias de otros países de la región. Los médicos profesionales serán facultados para tal ejercicio y los demás profesionales de la salud de acuerdo a sus competencias. Las universidades incorporarán la especialidad. Asimismo, consideraba la creación de una Comisión Nacional de Medicina No Convencional como órgano consultivo del MINSA. Incluía terapias de la medicina tradicional, denominándolas “terapias naturales”.

Durante el período 2000-2001 se presentó una iniciativa legislativa:

- Proyecto de Ley 01092: Ley de plantas medicinales (repite proyecto de Ley 01786 de marzo 1996), con el propósito de regular la producción, procesamiento, uso y comercialización de plantas medicinales peruanas. Concepto biomédico de principios activos de las plantas medicinales. Predomina el peso en lo económico (mercado de plantas medicinales).

5.2.2. El trabajo con parteras

A partir de agosto de 1998, el INMETRA se compromete, en el marco de la Política Nacional del MINSA, a la conformación de una Red de Salud Materno Infantil a través de la articulación de la medicina tradicional y la medicina oficial, con el objetivo de contribuir a la disminución de los alarmantes indicadores de muerte materno infantil, como señalan Brocker, Sánchez, Arévalo y Espinoza (2001): “aunque desde aquellos años ya la medicina oficial venía ganando terreno sobre la atención del parto, la idea era que los dos sistemas colaboren, no que haya hegemonía de uno sobre lo otro”.

La iniciativa de articulación, concretada en seis proyectos piloto –dos desarrollados en la costa, dos en la sierra y dos en la selva– que mantenían un mismo formato, priorizaba la decisión de la madre de dar a luz en la forma tradicional y con el papel activo de la partera. En este sentido, lo fundamental del proyecto era que admitía, tanto en la madre o futura madre como en la partera, un cierto conocimiento y sabiduría que hasta ese momento no eran reconocidos por el Programa de Salud Materno Infantil del MINSA, del cual dependían los proyectos del INMETRA.

Reconocer conocimiento y sabiduría en los agentes de medicina tradicional implicaba la posibilidad de que el personal de salud pudiera “aprender” en tanto relación intercultural y se pretendía evitar al máximo la introducción de técnicas médicas occidentales. Para el INMETRA, la estrategia de trabajar con parteras tenía su fundamento en residir dentro de la comunidad y en poseer un conocimiento ancestral valioso para la atención del parto no solo en el ámbito comunal sino también *en el ámbito hospitalario*.

Entre las causas de la brecha entre la población indígena y los servicios de salud el INMETRA señalaba:

que todos ellos están orientados de manera vertical, enfocados solo desde el punto de vista del prestador de salud, alcanzando en consecuencia poca resonancia en la población. Un aspecto poco tomado en cuenta por parte de los prestadores de salud es la disposición para escuchar a la población, lo que les impide conocer cuáles son sus expectativas respecto a la solución de los problemas de la comunidad; más aún, la adopción de esta actitud de apertura facilitaría a los prestadores el acceso a la información necesaria que posteriormente los orientaría a dirigir el mensaje apropiado. Una actitud abierta también supone ver a la comunidad como una escuela, hacer propia la idea de que sí es posible que los profesionales podamos aprender de la comunidad. Los profesionales pueden interiorizar el concepto de “servicio a la comunidad”, a base del cual no es la comunidad la que le debe agradecer al profesional por atenderlo, sino más bien por el contrario, el profesional le agradece a la

comunidad por tener el honor de poder servirle. He aquí el punto clave para lograr desarrollar una información, educación y comunicación horizontal y verdadera (Ibídem, p. 13).

En consecuencia, uno de los elementos trabajados en el componente de capacitación fue la interacción; es decir, el aprendizaje mutuo entre las parteras previamente identificadas en algunas regiones y el personal de salud.

5.2.3. El INMETRA y las comunidades nativas amazónicas

En el año 2001 se crea la Comisión Especial Multisectorial para las Comunidades Nativas, conformada por varios sectores estatales como el de salud, representado por el INMETRA, lo cual le permitió a esta institución ampliar su ámbito de acción y coordinar actividades en la selva peruana, fundamentalmente en el departamento de Amazonas, provincia de Condorcanqui, distrito de Santa María de Nieva, con las comunidades nativas Awajún y Wampis a lo largo del río Santiago.

Entre los objetivos de esta comisión, para el caso que nos ocupa, estaba “construir un sistema intercultural de salud y ampliar la cobertura de la salud pública entre las comunidades nativas”. En esta etapa se reconoce, nuevamente, la necesidad de movilizar recursos locales para mejorar la salud. El INMETRA concentró sus esfuerzos en revalorar el uso de las plantas medicinales en los centros de salud, desarrollar investigaciones socioantropológicas y realizar intercambios de conocimientos y experiencias entre el personal de salud y los agentes de la medicina tradicional, así como diversos eventos de capacitación.

Lamentablemente, estas y otras iniciativas no tuvieron continuidad ni sostenibilidad por cuanto ya se avizoraban los cambios en el sector salud que terminaron por desactivar al INMETRA como organismo público descentralizado y, en su lugar, crear el CENSI como parte del Instituto Nacional de Salud (INS), entidad representativa “por excelencia” de las investigaciones biomédicas en el país.

5.3 El Centro Nacional de Salud Intercultural (CENSI)

Como señalábamos anteriormente, el INMETRA fue desactivado como organismo público descentralizado en enero de 2002, como consecuencia de una serie de transformaciones en el sector salud y se creó en su lugar el CENSI como órgano de línea del INS.

Así, el CENSI “recibía” las funciones del INMETRA pero, además, se le encargaba abordar los temas de la medicina alternativa y complementaria. De acuerdo a su norma de creación:

Es el órgano de línea del Instituto Nacional de Salud, encargado de proponer políticas y normas en salud intercultural, así como promover el desarrollo de la investigación, docencia, programas y servicios, transferencia tecnológica y la integración de la medicina tradicional, medicina alternativa y medicina complementaria con la medicina académica, para contribuir a mejorar el nivel de salud de la población (Manual de Organización y Funciones. Para más detalles, ver anexo 2).

Por otra parte, en el marco de un renovado interés por la salud de los pueblos indígenas se crea, a inicios de 2004, la Comisión Nacional de Salud Indígena y Amazónica del MINSA, conformada por varias direcciones generales de línea de este ministerio e incorporándose al recientemente creado CENSI.

El objetivo principal de esta comisión fue elaborar un Plan Integral de Salud y monitorear los programas de salud con las DIRESA del área amazónica, con la participación de las poblaciones indígenas, recogiendo lo estipulado por el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), en donde a partir del diálogo y la concertación entre el Estado y las organizaciones indígenas amazónicas se fomenta, en todo el ámbito amazónico, un sistema de atención de salud adecuado, el mismo que con su participación protagónica responda a sus expresas necesidades de

salud y al inter-aprendizaje entre las medicinas occidental e indígena (OIT, Convenio 169, artículos 24 al 25 y 24 de la Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas). Dentro de este contexto vale la pena señalar varios hechos significativos.

El primero tiene que ver con que, para lograr el objetivo anterior, se pensaba conformar una Comisión de Salud Intercultural Amazónica en el MINSA para coordinar el proceso de “adecuación intercultural”, el que debería concluir con la creación de una Dirección de Salud de los Pueblos Indígenas Amazónicos en la estructura de dicho ministerio, que le diera mayor impulso a la política de salud. Cabe precisar que, para concretar este objetivo, la AIDSESEP planteaba un mayor nivel de decisión política.

El segundo hecho se vincula a las intenciones de que el CENSI fuera elevado a organismo público descentralizado y se le diera rango de Instituto Nacional¹³, por cuanto era evidente que con las funciones recién adquiridas el impulso de este centro a la promoción de la medicina tradicional y a la articulación de esta con la medicina oficial se reducía a una mínima expresión. Incluso algunos proyectos de ley, como veremos más adelante, amparaban este considerando.

De esta etapa se resalta que la discusión y planes de acción se orientaban a buscar la forma de generar un nexo entre la medicina occidental y la *medicina indígena* a partir de una larga lista de acciones como, por ejemplo, las siguientes:

- Promover la investigación interdisciplinaria sobre las prácticas y cuidados de salud de los pueblos indígenas, así como las conductas de riesgo y los contextos de cambio social y *choque cultural* en que se desenvuelven.
- Sistematización de las experiencias indígenas amazónicas sobre investigación, educación, manejo y transformación de plantas medicinales, en coordinación con sus organizaciones representativas.

¹³ Ya desde el 2002, como se vio en los proyectos de ley, existían pretensiones de volver a “activar” algo como el desactivado INMETRA.

- Incorporación y promoción de las buenas prácticas indígenas de cuidados de la salud en el primer nivel de atención de salud, previa validación por el CENSI.
- Incorporación de protocolos de uso de plantas medicinales en los establecimientos de salud, previa validación por el CENSI.
- Promoción de foros de *encuentros e inter-aprendizaje entre culturas médicas occidentales e indígenas*.
- Capacitación y sensibilización de las instancias directivas del sistema de salud sobre el respeto y diálogo intercultural, y revaloración de la identidad cultural indígena amazónica.
- Identificación y revaloración de los curanderos, chamanes, parteras, conocedores, vegetalistas, vaporadoras y demás poseedores familiares o sociales de conocimientos de salud indígenas.
- Difusión de manuales bilingües (castellano y lenguas indígenas) sobre uso de plantas medicinales de acceso público, que complementen la reproducción tradicional de dichos conocimientos.
- Diseño e implementación de concursos de premios nacionales de investigaciones y experiencias sobre sistemas amazónicos de salud intercultural.
- Aprendizajes sobre la concepción y verbalización idiomática de la enfermedad, sintomatología cultural, tránsito salud-enfermedad, configuración psicosocial de las patologías, sus consecuencias sociales y prácticas culturales correlativas a dichas experiencias.
- Sobre la incorporación de la pertenencia étnica y comunitaria en los sistemas de información y registro.
- Sobre señalizaciones bilingües al interior de los establecimientos de salud

- Sobre traducción bilingüe durante la consulta a cargo de personal de salud o de las organizaciones y comunidades indígenas locales.
- Implementación de “casas de espera” u hospedaje indígena para pacientes en tránsito, en los alrededores de los centros de salud de áreas indígenas.
- Sobre prácticas indígenas saludables, como parto vertical, parto con participación de parteras y familiares, en camas no metálicas, y tratamientos complementados con plantas medicinales.
- Formación de competencias del personal de los servicios de salud para *definir el uso de la medicina tradicional*, según tipo de daños identificados.
- Formación de competencias del personal de salud y promotores de salud en la prescripción, procesamiento y/o preparación de plantas medicinales (pomadas, cremas, tinturas, extractos, infusiones, etc.) como una alternativa en la mejora de su salud.
- Adecuación intercultural de los planes operativos de las DIRESA en lo referido a las intervenciones sanitarias integrales a los pueblos indígenas amazónicos, así como la promoción de espacios de articulación multisectorial en las DIRESA amazónicas con las entidades públicas, sociales y privadas que operan en pueblos indígenas.

Del conjunto de actividades propuestas se desprende que su concreción pasaba por incorporar enfoques antropológicos y sociológicos, estrategias comunicacionales, etc. y asimilar las propuestas “novedosas” que venían por el lado discursivo de la interculturalidad, debiendo asociarse esta al tema de la salud.

Lo que sí se logró concretar fue la denominada Estrategia Sanitaria Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas¹⁴. En un principio, y dada la asociación entre población indígena y comunidades nativas de la Amazonía, la estrategia concentró tanto la reflexión como las intenciones de canalizar los recursos humanos y logísticos hacia el ámbito amazónico. Posteriormente, este ámbito se amplió hacia la población quechua y aimara al considerarlas, conceptualmente, como indígenas siguiendo el criterio lingüístico y de autoidentificación.

La estrategia, creada en el 2004¹⁵, tuvo al CENSI básicamente como una instancia de coordinación. Las actividades de las diversas direcciones, en el marco de sus competencias, se programan para lograr una mejor efectividad, tanto en la disminución de la brecha en la cobertura de atención como en la elevación de la calidad de esta. Para esta estrategia, las poblaciones indígenas son consideradas las más vulnerables del país y disminuir la brecha no significa otra cosa que lograr que accedan (o se atiendan) en los servicios de salud oficiales.

Esta estrategia se compone de un comité técnico y de un comité consultivo. En este último participan representantes de las organizaciones indígenas, entre otros actores de la sociedad civil. Desde su creación ha pasado por un proceso paulatino de maduración de sus instrumentos de gestión. Entre las principales consideraciones asumidas por el sector en relación con esta estrategia tenemos:

- Se ciñe a los lineamientos establecidos en el Convenio 169 de la OIT y en la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas¹⁶.

¹⁴ La Estrategia Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas es una de las 15 estrategias sanitarias que implementa el MINSA. Las direcciones regionales deben establecer, en función de la anterior, sus respectivas estrategias.

¹⁵ Por Resolución Ministerial 771-2004/MINSA y tiene como órgano responsable al CENSI.

¹⁶ El Convenio 169 de la OIT establece en su Artículo 24: “Los regímenes de seguridad social deberán extenderse progresivamente a los pueblos interesados y aplicárseles sin discriminación alguna”; en su Artículo 25: “1. Los gobiernos deberán velar por que se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados o proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental. 2. 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. 3. El sistema de asistencia sanitaria deberá dar la preferencia a la formación y al empleo de personal sanitario de la comunidad local y centrarse en los cuidados primarios de salud, manteniendo al mismo tiempo estrechos vínculos con los demás niveles de asistencia sanitaria. 4. La prestación de tales servicios de salud deberá coordinarse con las demás medidas sociales, económicas y culturales que se tomen en el país”. Por otra parte, la

- Es una respuesta del Estado frente a la reivindicación de las organizaciones indígenas del Perú.
- Busca la adecuación de los servicios con “pertinencia cultural” (mejores relaciones entre “usuarios” y “proveedores” y de sus sistemas de salud).
- La interculturalidad es la base para lograr la articulación entre el sistema tradicional y el oficial¹⁷.

Las acciones que se realizan en el marco de esta estrategia apuntan al desarrollo de competencias interculturales (diálogo, respeto, negociación, comunicación eficaz, compartir saberes, entre otras) dirigido al personal de salud; manejo de información con pertinencia étnica (para precisar, diferenciar y desagregar la información, así como evaluar el desempeño de los indicadores); acercamiento intercultural entre proveedores y usuarios (para lograr la pertinencia cultural de los servicios de salud en términos de infraestructura física y procesos de gestión), participación y fortalecimiento de redes sociales y comunitarias (para permitir la colaboración entre todas aquellas instituciones que trabajan en el rubro de la interculturalidad en salud y sumar esfuerzos) y la investigación de determinantes socioculturales (identificando temas prioritarios de salud en los pueblos indígenas con el fin de disminuir las brechas).

Para la estrategia, los pueblos indígenas se caracterizan por ser heterogéneos, vulnerables, con un perfil cultural distinto y, por lo tanto, se justifica la intervención con orientación intercultural y de empoderamiento ciudadano.

Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas en su artículo 24 señala: “1. Los pueblos indígenas tienen derecho a sus propias medicinas tradicionales y a mantener sus prácticas de salud, incluida la conservación de sus plantas medicinales, animales y minerales de interés vital. Las personas indígenas también tienen derecho de acceso, sin discriminación alguna, a todos los servicios sociales y de salud. 2. Las personas indígenas tienen igual derecho a disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental. Los Estados tomarán las medidas que sean necesarias para lograr progresivamente que este derecho se haga plenamente efectivo”.

¹⁷ Las regiones del país en donde se viene desarrollando la estrategia, en especial lo relacionado a la interculturalidad son: Amazonas, Áncash, Ayacucho, Apurímac, Cajamarca-Jaén, Junín, Madre de Dios, Moquegua, Tacna, Huancavelica, Huánuco, Pasco, Loreto, Ucayali, San Martín, Cusco, Puno, La Libertad y Lima.

Un logro importante de la estrategia ha sido la elaboración de normatividad para pueblos indígenas en aislamiento voluntario y/o contacto inicial. Dicha normatividad fue trabajada en forma participativa con organizaciones indígenas y con algunas ONG interesadas en el tema (Eyzaguirre, Cueva, Quispe y Sánchez, 2008).

De manera interna, en el sector salud comienza a elaborarse una serie de normas, directivas, guías y procedimientos, entre otros, con la finalidad de “anclar” institucionalmente el enfoque intercultural junto con los temas de género y derechos humanos, lo que da una idea de cómo la interculturalidad en salud se va definiendo como una estrategia para ampliar la oferta a partir del componente comunicacional para el cambio de actitud y capacitación al profesional de salud. (Para mayores detalles de algunas normas internas sectoriales que consideramos importantes dentro de la interculturalidad en salud ver anexo 3).

Desde fines de 2012 y hasta el año 2014, el CENSI inicia y culmina el proceso de consulta previa con los pueblos indígenas referido a la política sectorial de salud intercultural, que comprende cuatro ejes y diversas líneas de acción por cada uno de ellos. Estos ejes son:

- La autoridad sanitaria promueve el derecho a la salud, la inclusión social y la equidad en la prestación de servicios de salud para los pueblos indígenas, andinos, amazónicos, afroperuanos y asiático-peruanos.
- La autoridad sanitaria promueve la medicina tradicional y su articulación con la medicina convencional.
- Fortalecimiento de capacidades de los recursos humanos en salud intercultural.
- Fortalecimiento de la identidad cultural y participación de los pueblos indígenas, andinos, amazónicos, afroperuanos y asiático-peruanos en los servicios de salud.

Esta política fue consultada a las siguientes organizaciones indígenas de alcance nacional:

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

(Para mayores detalles de las líneas de acción por cada uno de los ejes señalados anteriormente ver el anexo 4).

5.3.1. Iniciativas legales para formalizar la medicina tradicional, alternativa y complementaria (2001-2011)

Desde la creación del CENSI se observan diversas iniciativas legislativas con la finalidad de reconocer o formalizar el ejercicio de la medicina tradicional, alternativa y complementaria. Durante el período legislativo 2001-2006 hubo al menos tres iniciativas:

- Proyecto de Ley 1286: Ley de incorporación de la medicina complementaria al sistema nacional de salud, fundamentada en la lógica de costo / beneficio (ahorro por parte del Estado). Relevancia de las medicinas alternativas y complementarias y su uso en Europa y Estados Unidos. No hace explícita la medicina tradicional. Solo los médicos pueden incorporar otras prácticas médicas; los demás profesionales de la salud, de acuerdo a competencias. Hay que llamarla medicina complementaria y no medicina tradicional.

- Proyecto de Ley 03898: Programa Nacional de Promoción y Difusión de la Medicina Tradicional a través del sistema educativo, de agosto de 2002. Propone que los docentes aprendan contenidos básicos de medicina tradicional para transmitirlos a los alumnos y padres de familia buscando reducir los riesgos de salud, formar recursos básicos para la interculturalidad y superar las barreras geográficas, económicas y culturales.
- Proyecto de Ley 3923: Ley de creación del Instituto Nacional de Salud Intercultural y modificación de la Ley N° 27657 del MINSA, con el objetivo de recuperar las facultades del INMETRA luego de su desactivación, pues al convertirse en CENSI limitaría las labores de promoción de la medicina tradicional. El nuevo instituto conduciría las políticas de interculturalidad en salud.

Durante el período legislativo 2006-2011 se sustentaron las iniciativas siguientes:

- Proyecto de Ley 2053: Ley de reconocimiento de la medicina tradicional, alternativa y complementaria, y de los agentes que las ejercen, del 17 de diciembre de 2007. Se fundamenta en las recomendaciones de la OMS, en la revaloración de lo indígena y su visión de la salud y de la enfermedad, en la legislación comparada y en el Convenio 169 de la OIT.
- Proyecto de Ley 4785: Ley de articulación de la medicina tradicional, alternativa y complementaria, del 19 de abril de 2011. Propone dicha articulación a partir del reconocimiento de los agentes de medicina tradicional por su comunidad, formación en interculturalidad en salud en pregrado y formación en medicina tradicional y alternativa y complementaria en el posgrado de las universidades e institutos que desarrollan carreras o disciplinas en ciencias de la salud.

5.4 La medicina alternativa y complementaria en el sistema oficial de salud

En la ciudad de Lima, pero también en muchas capitales de provincias en el interior del país, se puede observar un aumento importante de las llamadas terapias complementarias o alternativas. Estas se difunden a través de programas radiales, televisivos, consultorios privados, entre otros, en los que se ofrece una diversidad de “bondades” de estas terapias, incluidos los recursos terapéuticos con los que suelen estar acompañadas.

Por otra parte, un sector de profesionales de la salud (pero también de quienes no lo son) ha optado por ofrecer estas terapias, solas o en las más diversas combinaciones.

Cuando hablamos de medicina alternativa y complementaria (MAC) nos estamos refiriendo a la acupuntura o a la homeopatía, entre otras, que no forman parte de nuestra tradición pero que, por diversos motivos, algunos médicos y otros profesionales de la salud han optado por incorporar a su práctica tanto privada como pública, a partir de diversas iniciativas. Los médicos en especial pueden articular recursos terapéuticos de otros sistemas, pero despojándolos previamente del saber tradicional y remplazándolos por explicaciones que se sustentan en paradigmas, sobre todo, de la física cuántica y empleando términos sofisticados.

Como antecedente del interés por agrupar e impulsar a los médicos alternativos señalamos la creación de la Sociedad de Medicina Bioenergética en 1980, la que posteriormente cambia de nombre a Sociedad Peruana de Medicina Alternativa y Complementaria (SPEMAC), reconocida por el CMP y actualmente en actividad. Algunos miembros de esta asociación han logrado incorporar las terapias alternativas en los hospitales donde laboran.

Así, en 1990, se implementa un Centro Piloto de Medicina Tradicional y Terapias Alternativas en el Centro de Salud Barton del Callao, luego en el Centro de

Salud Aeropuerto (1998) y posteriormente en los hospitales San Juan y San José (2001).

El inicio del proceso de integración de la medicina alternativa y complementaria en el sistema oficial de salud por la vía del Seguro Social (EsSalud) se remonta al año 1992, cuando un grupo de médicos reflexiona sobre la posibilidad de reducir la compra y distribución de medicamentos entre los asegurados del entonces Instituto Peruano de Seguridad Social del Perú (IPSS). Con el apoyo de médicos con experiencia en el uso de la acupuntura y en la prescripción de plantas medicinales, se decide poner en marcha un proyecto piloto en el hospital Negreiros de Breña combinando dichas terapias y cuyos resultados debían compararse con los obtenidos en tratamientos de la medicina occidental.

Se trabajó con pacientes que tenían artrosis a la rodilla y durante un año se evaluó el programa de medicina complementaria, el cual resultó interesante porque hubo mejoras en un 70% de los casos frente a un 30%, y con solo el 2% de los efectos adversos. Hubo un reconocimiento a uno de los profesionales que prestaba sus servicios en el centro piloto (Médica alternativa).

Con estas expectativas frente a lo que se consideraba un buen escenario para impulsar las terapias alternativas y complementarias, en 1995 se decide evaluar su impacto en la población asegurada para lo cual se contrató a la Escuela Superior de Administración de Negocios (ESAN), con el propósito de que hiciera una evaluación de la demanda en tres hospitales: Sabogal, Angamos y Grau: “Se preguntó a los asegurados si estaban dispuestos a recibir terapias alternativas y complementarias, y fue sorprendente cuando de un total de 600 personas, aproximadamente el 80% de los encuestados respondieron que sí estaban dispuestos” (Médica alternativa).

Obtenidos tales resultados, en 1998 se crea el Programa Nacional de Medicina Complementaria con la finalidad de articularlo al sistema oficial de salud, tomando como referente la experiencia chilena. Hay que destacar que uno de los puntos de discusión era la definición del término alternativa o complementaria:

Estamos hablando de hace doce años atrás cuando los médicos eran muy convencionales y muy duros en su pensamiento, y hablar de medicina alternativa era casi expectorarnos, no lo aceptábamos. Había entonces que usar alguna estrategia para entrar suavemente sin incomodar y que el médico vea que es parte del sistema y no del “expectoracionismo”. Y es por esto que en el año 1998 se toma el término de medicina complementaria entendiendo que el término no era el más conveniente sino que era la medicina de base, la que sustenta a todas las demás (Médica alternativa).

Posteriormente, para crear los equipos profesionales necesarios se convocó a través de distintos medios de comunicación a profesionales de la salud con conocimiento y experiencia en medicina alternativa y complementaria, sin señalar que se trataba del Seguro Social. Se presentaron doscientos profesionales, de los cuales se seleccionó a cincuenta entre médicos, psicólogos, enfermeras y terapeutas, a quienes se les brindó un programa de capacitación de tres años de duración.

Fue un programa de capacitación muy duro porque fue con internamiento, un cambio de vida prácticamente. Nos levantábamos muy temprano, a las cinco de la mañana, para hacer yoga y meditación. Se estudiaba de ocho a una, se almorzaba comida naturista, a las tres se volvía a estudiar aspectos organizativos hasta las siete, se cenaba, a las once otra vez a estudiar. Al día siguiente se tomaba examen. Si no aprobaban no se les contrataba. Con ese grupo humano integrado, ya más sólido, es que se comenzó (Médica alternativa).

El programa también se implementó en La Libertad y en Arequipa, lográndose firmar un convenio con la OPS para realizar un estudio de costo / efectividad y determinar si el programa era útil. El estudio se llevó a cabo en el año 2000 y los resultados mostraron que las MAC eran 50% más efectivas para nueve patologías.

Ya para el 2002 se vio la necesidad de capacitar a más profesionales, por lo que se tocó las puertas de varias universidades, siendo la Universidad Nacional Mayor de

San Marcos la que ofertó un programa de alta especialización en medicina alternativa y complementaria como parte de los estudios de posgrado de su facultad de medicina.

En el año 2002 se inicia el programa de alta especialización, fue difícil convencer a las autoridades de la Facultad de Medicina de San Marcos, con gente mayor y más rigidez en su pensamiento, y se trataba el asunto como si fuera medicina convencional. Había mucho escepticismo al comienzo pero se quedaron atónitos cuando se presentaron 200 postulantes y solo había 50 vacantes. Luego de dos años el programa se convirtió en diplomado y continúa hasta la fecha¹⁸ (Médica alternativa).

No obstante estos avances, existían críticas muy duras desde otro espacio importante: el Colegio Médico del Perú (CMP). Algunos profesionales opinaban que a los médicos que practicaban la medicina alternativa y complementaria habría que quitarles el título “porque no merecían tenerlo”. En este sentido, los promotores de la articulación o de la oficialización de estas medicinas tuvieron que solicitar reuniones con las autoridades del CMP para socializar los resultados de las investigaciones y las experiencias del Seguro Social (EsSalud) vinculadas al uso de tales medicinas.

Como consecuencia de ello, se recomendó la difusión de la medicina alternativa y complementaria a nivel nacional, para lo cual se creó en el 2006, al interior del CMP, el Comité de Medicina Tradicional, Alternativa y Complementaria, promoviéndose una cumbre mundial al respecto para el año siguiente. “En esa cumbre vieron que este tema de la medicina alternativa y complementaria era un movimiento mundial y que tenía que ver con cambios de paradigmas” (Médica alternativa).

Si bien las terapias se concentraban en la parte recuperativa, en el 2008 se amplía su “rango de acción” a la parte preventivo-promocional, a partir de la ejecución del denominado Programa de Reforma de Vida, sustentado en la adopción de un modo sano de vida, construido (y al mismo tiempo difundido) sobre la base de una alimentación de tres tipos: celeste, terrestre y humana.

¹⁸ Algunas autoridades de la facultad habían acudido a los Estados Unidos para participar en diversos congresos, en donde escucharon sobre los avances o virtudes de la medicina alternativa y complementaria.

En ese mismo año se piensa en la alta especialización y se crea una unidad de cuidados paliativos, con el uso de estas terapias para aquellos casos en los que la medicina convencional no tiene manejo y los pacientes generalmente son dados de alta, buscando generar una mejor calidad de vida en circunstancias difíciles para las personas que ya no pueden recuperarse o son desahuciadas.

En este sentido, las denominadas prácticas curativas de la medicina tradicional (como por ejemplo el uso de plantas medicinales) son incluidas en las terapias alternativas y complementarias, recogiendo los conceptos que sobre dichos sistemas establece la OMS.

[La medicina tradicional es la] suma de conocimientos, habilidades y prácticas, basadas en teorías, creencias y experiencias inherentes a las diferentes culturas, ya sean explicables o no y que se utilizan en el mantenimiento y conservación de la salud, así como en la prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad (Médica alternativa).

[La medicina complementaria constituye un] sistema de prácticas de cuidado médico que no son parte propiamente de la tradición de un país y no se integran en el sistema dominante del cuidado médico sino, más bien, métodos que tienen *evidencias* [cursiva nuestra] de ser una alternativa o un complemento en el manejo de la salud y enfermedad de los pacientes (Médica alternativa).

Así, en el discurso oficial, se habla de medicina alternativa cuando se usan terapias distintas a las de la medicina occidental, y se habla de medicina complementaria cuando se combinan con las terapias de la medicina occidental.

Generalmente los profesionales y no profesionales de la salud que se dedican a brindar terapias alternativas impulsan un cambio de paradigmas a la hora de analizar el proceso salud, enfermedad y atención, más que cambiar una terapia por otra: por ejemplo, reemplazar el medicamento por una planta medicinal.

En este sentido, consideran que el paradigma que rige la salud de la medicina oficial es el “cartesiano”, caracterizado por ser racionalista, mecanicista, con descripciones objetivas de la enfermedad e independientes del observador. Otorga un valor significativo a los exámenes auxiliares, a las estadísticas y al conocimiento científico como fundamento de la verdad, siendo la salud simplemente la ausencia de enfermedad, y que al proyectarse en la sociedad y en los centros de salud se concentra en los temas curativos.

Para superar la lógica de este paradigma sustentan que la visión del proceso salud, enfermedad y atención debe apostar por el paradigma holístico, caracterizado por ser sistémico y por entender al sujeto en su contexto y subjetividad, sin descartar la objetividad (“evidencia”). No hay una sola causa para las enfermedades y la persona juega un papel importante en su proceso de recuperación, porque es un ser “biopsicosocial” y “espiritual”. Además se enfoca en los aspectos preventivos más que curativos, impulsando los estilos de vida saludables y el desarrollo humano.

Para estos especialistas, el uso de la medicina alternativa y complementaria se justifica porque nuestro país se encuentra en una “transición epidemiológica”; es decir, la población más numerosa será la del adulto mayor con lo que habrá más probabilidad de enfermedades crónicas degenerativas, para lo cual serían útiles las terapias alternativas. Ventajas adicionales de estas son que los costos bajan en un 40-60% y se promueve en el paciente la responsabilidad en el cuidado de su salud¹⁹.

Las medicinas alternativas y complementarias plantean un cambio en la forma de entender la salud y la enfermedad. Para ello sus practicantes o representantes buscan anclar sus marcos explicativos en diversos postulados teóricos, técnicos y científicos no solo modernos, sino también en revitalizadas o reactualizadas explicaciones de la antigüedad, que han aportado a la historia de la medicina. En este sentido, resumimos algunas de las fuentes a partir de las cuales se pretende justificar los marcos explicativos, además de un breve comentario sobre ellos.

¹⁹ Actualmente en el área de medicina alternativa y complementaria de EsSalud se realizan 35 mil atenciones por año, aproximadamente.

Cuadro 5: Fuentes explicativas sobre algunas medicinas alternativas y complementarias

AUTOR	OBSERVACIÓN
Hipócrates (460-355 a. C.)	Considerado como el gran naturópata griego; es decir, un practicante de la medicina natural. Reconocido como el Padre de la Medicina Contemporánea, en el siglo IV a. C. curaba a los enfermos “despertando” o favoreciendo la acción del “médico interno” (“fuerza vital curativa”), mediante una vida en armonía con la naturaleza, enfatizando en el principio “ <i>Primum non nocere</i> ” (“Primero no hacer daño”) y en la necesidad de viabilizar los mecanismos depurativos propios y espontáneos del organismo.
Philippus Aureolus Paracelsus (siglo XVI)	Sostenía que un imán contiene propiedades medicinales y que pasándolo sobre un órgano enfermo los poderes de su campo magnético podían curar diversas enfermedades, con lo cual contribuyó al desarrollo de la magnetoterapia, que actualmente tiene muchos seguidores por su eficacia en el tratamiento de enfermos crónicos.
Isaac Newton	Con sus hallazgos de la ley de gravedad y de la descomposición de la luz solar en siete colores sentó las bases de la terapia gravitacional y de la cromoterapia.
Siegmund Hahn, Priessnitz, Kneipp, Just	Considerados grandes naturópatas, forjadores de la hidroterapia.
Erdmann Felke	Con su trabajo exitoso aplicando baños de barro sentó las bases de la geoterapia.
Arnold Rikli	Pionero y forjador de los tratamientos con vapor, aire y sol.
Bircher-Benner	Pionero de la trofoterapia con alimentos crudos y frescos.
Samuel Hahnemann	Rescató un principio enunciado por Hipócrates: “Lo semejante cura lo semejante”, y desarrolló la homeopatía, una de las grandes terapias alternativas.
Ferdinand y Walter Huneke	Descubridores de la terapia neural con la aplicación de microdosis de anestésicos locales. Aportaron a la medicina el importantísimo conocimiento del “campo de interferencia”, que al ser “desinterferido” desencadena el proceso curativo en muchas enfermedades consideradas hasta entonces como “incurables”.
Edward Bach	Iniciador de la terapia alternativa con esencias florales (terapia floral), que estimula el proceso autocurativo con la armonización de las emociones y pensamientos del enfermo mediante la vibración armónica de ciertas flores.
Reynold Voll	Padre de la electroacupuntura diagnóstica y terapéutica mediante el dermatrón. Determinó con exacta precisión las relaciones de cada odontón con el resto del organismo y contribuyó a la validación científica de la acupuntura china.
Semión y Valentina Kirlian	Creadores de la fotografía Kirlian que permite visualizar la emisión de la energía de nuestro cuerpo y conocer el estado vital de los

	órganos, convirtiéndose en un importante recurso alternativo para el diagnóstico y la evolución de los enfermos.
Paul Nogier	Iniciador de la auriculomedicina, de gran importancia diagnóstica y terapéutica mediante la armonización energética desde la oreja.
Paul Niehans	Creador de la terapia celular para la renovación de los órganos envejecidos o enfermos, mediante el implante de células fetales de animales por vía oral o intramuscular.
Pavlov, Speransky, Spisse, Vichnesky	Con sus importantes estudios comprobaron que el sistema nervioso es el integrador del organismo entre sus distintos componentes y con su entorno.
Max Planck	Uniendo la biofísica y la bioquímica con la espectrofotometría y la astronomía descubre que la energía en el ser vivo viaja en cantidades constantes para cada partícula en forma de “paquetes” o “quantum”, que son el sustento de lo viviente. Esto dio inicio a la física o mecánica cuántica, con el aporte de las partículas atómicas y subatómicas.
Albert Einstein	Incorporó la dimensión espacio-tiempo, con la cual introduce el concepto de un mundo de cuatro dimensiones donde todas las partes están siempre integradas con el todo y donde materia y energía se interrelacionan en mutua transformación.
Ilya Prigogine	Creador de la teoría de la complejidad, confirmó que los seres vivos tienen sistemas cuánticos.
Heisenberg	Introdujo el concepto de la “incertidumbre probabilística” que se da en el mundo de los átomos y de los <i>quantum</i> , donde nada se rige por determinismos o costumbres, sino que todo se mueve en el ambiente y el concepto de las probabilidades.
Bôhr	Introdujo el conocimiento de la “complementariedad de la onda y la partícula”, por la cual el electrón es al mismo tiempo energía y materia, onda y partícula.
Pischinger	Con estudios histoquímicos comprobó que los campos de interferencia causan alteraciones en las constantes corpusculares de la sangre, en la temperatura y en el metabolismo, las que se normalizan con la terapia neural.
Wiener y Shannon	Comprobaron que los seres vivos tienen sistemas biocibernéticos de autoorganización y autorregulación, con los cuales pueden autocurarse.

Fuente: Elaboración propia.

Cabe precisar que dentro de un solo término: medicina alternativa y complementaria (elaborado por la medicina oficial), se engloba a toda una variedad de sistemas médicos y terapias provenientes de los más diversos lugares del mundo, incluyendo desde medicinas tradicionales que poseen miles de años de antigüedad – como la acupuntura china o el ayurveda hindú– hasta las “modernas”, así como

distintos conceptos sobre la salud y la enfermedad, lo que es cuestionado por algunos de sus representantes.

No obstante la variedad, es posible establecer ciertos denominadores comunes a dichos sistemas y terapias en términos conceptuales (o fundamentos antropológicos y filosóficos sobre los que se sostienen), como por ejemplo:

- a) La interdependencia entre la mente y el cuerpo, de tal modo que los pensamientos, sentimientos y estados de ánimo son causa de múltiples trastornos e incluso pueden perjudicar los procesos de curación.
- b) La presencia de una “energía” invisible que existe por sí misma, independientemente de los cuerpos y que en muchos casos explica todas las causas de la enfermedad (desequilibrio energético).
- c) El concepto de equilibrio armonioso, que define a la enfermedad a partir de la ausencia de este equilibrio, causada por muy diversos factores que van desde la falta de balance alimentario hasta el exceso de emociones.
- d) El concepto holístico: la persona es un todo en continua interacción e intercambio con el entorno, y su integridad puede ponerse en peligro por malos hábitos.
- e) El poder autocurativo o autorregulador del cuerpo humano, por lo cual hay que “alimentarlo bien”, evitar los excesos, etc.

Aparte de estos fundamentos sobre los cuales se pretende anclar las medicinas alternativas, también es básico el concepto de la interculturalidad para buscar legitimidad: “Tenemos la suerte de ser un país pluricultural y debemos comenzar a adecuar nuestros servicios de salud, a hablar de interculturalidad y de cómo podemos articularnos a la medicina tradicional, alternativa y complementaria” (Médico alternativo).

Incluso la relación médico-paciente es comprendida como intercultural:

Nosotros los médicos, los que ya estamos formados o los que están siendo formados, tendremos que virar nuestros comportamientos a prestar atención a la relación médico-paciente, no puede ser que tengamos un sistema en donde lo más importante sean los exámenes auxiliares, el laboratorio, la tomografía o la radiografía, y la relación médico-paciente se va perdiendo (Médico alternativo).

Y sobre la medicina tradicional hemos recogido varios testimonios de médicos alternativos:

La medicina tradicional es un tema que nosotros mismos no lo entendemos, es un tema que en nuestro argot científico sigue siendo controversial, algunos lo aceptan, otros no, pero es así. No todo se acepta porque hay algunos paradigmas que conducen nuestras vidas. ¿Qué se puede hacer con ello?

Somos pluriculturales, plurilingües, por lo tanto debemos aprender a tener un mensaje intercultural en nuestro país. Somos una serie de culturas que han sobrevivido en el tiempo y por lo tanto tenemos que aprender a usar un lenguaje intercultural también.

El Perú tiene la suerte de tener 28 de los 32 climas a nivel mundial, 84 de las 104 zonas de vida que existen en el planeta, eso nos hace ser ricos en plantas medicinales.

No obstante tener la posibilidad de ejercer en la práctica las terapias alternativas, los médicos que apuestan por este “rubro” se ven sobrepasados por un gran número de personas (terapeutas) que ofrecen un conjunto de servicios curativos y que, al igual que los curanderos o agentes de medicina tradicional, no ostentan reconocimiento formal o legal.

La medicina alternativa y complementaria es asumida por algunos como una filosofía de vida en la que se debe optar por aquellas cosas que tienen que ver con lo natural:

La medicina alternativa y complementaria es una filosofía de vida en la cual se necesita de lo natural para sanar no solamente de una enfermedad, como lo

hace la medicina académica, sino también el espíritu con diversas terapias. La MAC busca el equilibrio del cuerpo y la mente de la persona, armonizar al individuo con sus raíces (Terapeuta).

La racionalidad médica es el problema primordial identificado para lograr la tan esperada incorporación o articulación:

El principal problema para la integración es que la medicina occidental no cree en ningún concepto que no tenga base científica, no cree en palabras, en ritos, en la chamanería. Para aprobar estos procedimientos, el curandero –como ellos lo llaman– tiene que demostrar la base científica de su tratamiento. La MAC parte de una filosofía que consiste en vivir en armonía con la naturaleza y que la enfermedad es una añadidura; por lo tanto nunca habrá un entendimiento entre lo científico y lo filosófico (Médica alternativa).

Otras respuestas se dirigen a mostrar la MAC como opción en el ámbito preventivo: “Es otra opción de medicina la cual puede uno tratarse o prevenirse, es la forma de curarse por medio natural sin usar químicos, y de prevenir llevando una vida sana con una buena orientación” (Terapeuta).

Por otra parte, entre los problemas de integración, es común señalar los intereses de los “grandes laboratorios”:

No les convendría por el gran negocio que tienen hoy en día a nivel mundial. También nuestra cultura, nuestra vida, ya casi han sido formadas de tal manera que creemos que uno solo puede curarse con los medicamentos y en un hospital, porque aún los “científicos” no dan a conocer que “la medicina alternativa” es una forma buena para poder curarse. El gran problema es que el gobierno no apoya y no hay interés (Terapeuta).

El problema de la integración puede ser razones culturales, puede ser el poder mercantilista de los grandes laboratorios, la falta de información y preparación de profesionales en las universidades con los conocimientos de la medicina alternativa y complementaria, la actual legislación, el poco entendimiento del médico alopático

hacia el profesional de medicina alternativa o lo contrario: el poco entendimiento de los profesionales de medicinas alternativas hacia los médicos de medicina alopática.

Las terapias alternativas y complementarias son asociadas a los aspectos preventivos y promocionales utilizando medios “naturales”, otorgándole gran importancia a las plantas medicinales, a la energía y a los componentes emocionales.

No obstante su variedad y multiplicidad, la característica básica o común a estas terapias es que sus doctrinas propugnan la armonía y el equilibrio, la interrelación mente-cuerpo, la existencia de un principio vital que suele llamarse energía y las facultades autocurativas del ser humano. También se consideran eficaces para solucionar todo tipo de enfermedades y las terapias de la medicina tradicional suelen incorporarse bajo el concepto de medicina alternativa y complementaria:

Medicina alternativa es la que se basa en principios de la mente, el cuerpo y el equilibrio energético. Son procedimientos, técnicas y terapias que pueden ser usados en lugar de la medicina alopática. La medicina complementaria está constituida por procedimientos y técnicas que pueden ser usados conjuntamente con la medicina alopática; es decir, juntas pueden obtener la recuperación de la salud (Médico alternativo).

Sobre las posibilidades de integración podemos encontrar argumentos como el siguiente: “El desconocimiento, la falta de políticas claras que la avalen, la escasez de profesionales preparados para esta área, la rigidez del pensamiento y del sentimiento, el egoísmo de los profesionales que responden más a intereses personales que a los del país” (Terapeuta).

Desde el CENSI, las iniciativas de impulsar la articulación de la MAC al sistema oficial se han caracterizado por su intermitencia. Un primer impulso, durante el 2004, de implementar centros pilotos en once establecimientos de salud (hospitales, centros e institutos) de Lima no ha tenido mayor continuidad por la rotación del personal que fue capacitado, entre otros aspectos. En este sentido, a la fecha, la estrategia será retomada tomando en consideración la capacitación de profesionales de salud en terapias alternativas, la definición de códigos para estas medicinas en las historias clínicas con el fin de garantizar la eficacia del procedimiento terapéutico y evaluar aspectos relacionados con la ética profesional de los prestadores. Como puede

apreciarse, la estrategia se enfoca en el aspecto terapéutico como complemento a las prescripciones biomédicas. Asimismo, el CENSI ha desarrollado algunas iniciativas de investigación muy preliminares para identificar la demanda en diversas regiones del país. En el caso de la MAC prácticamente no se considera la variable de la interculturalidad porque esta solo sería aplicable a los aspectos relacionados a la medicina tradicional (Entrevista personal al director del CENSI).

5.5 Colegio Médico del Perú y la medicina tradicional, alternativa y complementaria

En marzo del 2006, el CMP implementó, de manera transitoria, el Comité de Medicina Tradicional, Alternativa y Complementaria para regular, controlar y velar su ejercicio ético. Este comité se afianza en el 2007 y se convierte en permanente y de asesoramiento en el 2010.

El objetivo general de este comité puede resumirse en contribuir a mejorar los índices de salud de la población peruana a través de recomendaciones y propuestas de normatividad referidas a la recolección sistematizada de información, protección, investigación y control de calidad en medicina tradicional alternativa y complementaria, además de facilitar la construcción de políticas de Estado que se expresen en un marco legal de estímulo y trabajo sistematizado y científico para el empoderamiento de estos valiosos recursos de salud. Entre los objetivos específicos de este comité encontramos:

- Identificar la situación de la medicina tradicional, alternativa y complementaria en nuestro país.
- Elaborar y proponer políticas y normas en medicina tradicional, alternativa y complementaria.
- Elaborar y proponer criterios para la formación e investigación de la medicina tradicional, alternativa y complementaria en el país.
- Identificar y registrar a los profesionales médicos que ejercen la medicina tradicional, alternativa y complementaria para garantizar la calidad y experticia del profesional frente al paciente.

- Sensibilizar e informar a las instituciones públicas y privadas, y a la población en general, sobre el tema de la medicina tradicional, alternativa y complementaria en nuestro país.

En la práctica el comité se ha subdividido en dos: el primero se ocupa de los temas de medicina alternativa y complementaria, es interdisciplinario y por el momento presta especial interés a sistemas médicos y terapias como la acupuntura, la medicina natural, la fitoterapia, la mente, el cuerpo y la homeopatía. El segundo atiende los temas de medicina tradicional y está integrado por profesionales de las ciencias sociales, de las ciencias médicas e incluso por agentes de esta medicina. Promueve los denominados Rimanacuy, eventos orientados a sensibilizar a los asociados y público en general sobre la práctica de la medicina tradicional, y a buscar los mecanismos para posicionar adecuadamente dicha medicina.

Una actividad no menos importante del comité del CMP fue la realización del Primer Congreso Internacional de Medicina Tradicional, Alternativa y Complementaria desarrollado en el 2013 en Lima. Asimismo, ha apoyado brindando su opinión en algunos de los proyectos de ley para la articulación de la medicina tradicional, alternativa y complementaria en el sistema oficial de salud.

5.6 Planes de estudios de medicina tradicional, alternativa y complementaria en las facultades de ciencias de la salud

Así como el aspecto legal es una dimensión para lograr una articulación efectiva entre el sistema de salud oficial y los demás sistemas médicos existentes, también lo es el aspecto de formación de los profesionales de la salud. Este supuesto descansa en el hecho de que si no se enseñan aspectos relacionados a la interculturalidad o a las propiedades y eficacia de las otras medicinas en las facultades de ciencias de la salud, no se cambiará la forma de brindar este servicio ni mucho menos se logrará modificar los paradigmas actuales, por lo menos generando actitudes más tolerantes y comprensivas frente al pluralismo médico.

A la fecha existen facultades que brindan el curso de medicina alternativa y complementaria, algunas de ellas por iniciativa del propio docente o porque se nota la demanda, pero sin responder necesariamente a una política educativa articulada con el MINSA. Además hay que considerar que la docencia está ligada a la investigación: si no se ofrecen cursos sobre el particular es poco probable que se impulse la investigación sobre, por ejemplo, la oferta y demanda de la medicina alternativa y complementaria por parte de la población:

Hasta el momento se ha podido recabar la información siguiente, que da una idea de lo que se ofrece hoy en día en este aspecto.

Cuadro 6. Cursos de medicina tradicional, alternativa y complementaria en centros de enseñanza superior

ESTUDIOS DE PRE GRADO			
Departamento	Universidad	Facultad	Curso
Cusco	Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco	Facultad de Farmacia	Curso de Farmacia Alternativa, Investigación en Recursos Naturales y Fitofarmacia.
		Facultad de Enfermería	Curso de Medicina Alternativa.
		Facultad de Medicina	Curso de Medicina Tradicional.
Junín	Universidad Nacional del Centro	Facultad de Medicina	Curso de Historia de la Medicina y Medicina Tradicional.
			Curso de Clínica Médica: Capítulo de MAC.
			Residencia de Medicina Familiar, proyecto de dar cursos de MAC.
	Universidad Privada de los Andes	Facultad de Medicina	Curso de Etnomedicina.
Facultad de Obstetricia		Curso de Ciencias Sociales: Homeopatía.	
La Libertad	Universidad Particular Antenor Orrego	Facultad de Medicina	Curso de Obstetricia comunitaria: Capítulo de MTAC.
		Facultad de Medicina	Curso de Medicina Tradicional.
Lima	Universidad Científica del Sur	Facultad de Medicina	Curso de Medicina Tradicional, Alternativa y Complementaria. Curso electivo
	Universidad San Juan Bautista	Facultad de Medicina	Curso de Medicina Tradicional, Alternativa y Complementaria. Curso electivo.
	Universidad Inca Garcilaso de La Vega	Facultad de Farmacia	Curso de Farmacia Alternativa.
	Universidad Norbert Wiener	Facultad de Farmacia y Bioquímica	Curso de Medicina Tradicional y Fisioterapia.
Puno	Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez	Facultad de Obstetricia	Curso de Medicina Integral: Capítulo de MAC
		Facultad de Enfermería	Curso de Medicina Integral: Capítulo de MAC.
	Universidad Nacional del Altiplano de Puno	Facultad de Medicina	Curso de Salud Pública y Saneamiento Ambiental: Capítulo de MAC.
	Universidad Particular San Carlos	Facultad de Enfermería	Curso de Medicina Integral: Capítulo de MAC.

Fuente: Adaptado de CENSI.

5.7 Las iniciativas en salud intercultural desde las organizaciones indígenas: el caso del Programa de Salud de AIDSESEP

En este apartado indicaremos la propuesta sobre articulación proveniente “desde abajo” como una alternativa / complemento a la propuesta desde la perspectiva oficial. Se trata del planteamiento de la Asociación Interétnica para el Desarrollo de la Selva Peruana (AIDSESEP), destacada organización a nivel nacional que se ha preocupado, entre otros temas, de reivindicar lo que denomina el *sistema de salud indígena*. A manera de breve antecedente, cabe mencionar que esta entidad se creó formalmente en 1980 y está conformada por seis organismos descentralizados, ubicados en el norte, centro y sur de la Amazonía, 53 federaciones y organizaciones de segundo nivel, que representan a las 1.340 comunidades indígenas ubicadas en el territorio de dichas federaciones. En estas federaciones se agrupan las comunidades pertenecientes a los 64 pueblos indígenas amazónicos y abarcan casi el 59% del territorio peruano²⁰.

Con el propósito de abrir una línea programática en el campo de la salud indígena, AIDSESEP creó una Secretaría de Salud Integral en su XIII Asamblea General de 1991, motivada en parte para enfrentar de algún modo la epidemia del cólera en los pueblos indígenas de la Amazonía peruana.

En este período dicha secretaría formula la Propuesta de Salud Indígena que, en lo fundamental, plantea revalorar los sistemas de salud indígena y la reestructuración de los servicios de salud oficiales en las comunidades nativas. Esta iniciativa permitió desarrollar proyectos en diversas cuencas, como la del Marañón, la del Ucayali y la del Madre de Dios.

Posteriormente, a fines de 1995, se propone la creación de un Programa de Salud Indígena de nivel nacional, y a mediados de 1996 –en una siguiente asamblea–

²⁰ Los grupos étnicos que agrupa son: maijuna, secoya, bora, huitoto, yagua, jebero, achuar, kichwaruna, wangurina, shipibo, cacataibo, ashaninca, cashinahua, sharanahua, culina, amahuaca, amarakaeri, kechuas, aguaruna, chayahuita, cocama, cocamilla, huambisa, shapra, candoshi, yine yami, matsiguenga, yanesha., arasaire, toyoeri, harakmbut, asheninca, nomatsiguenga, ese-eja, huachipaeri, ocaina, ticuna, urarina, yaminahua, yora, nahua, muratu.

se ratifica la creación del actual Programa de Salud Indígena en sustitución de la Secretaría de Salud, como un organismo especializado y descentralizado de la AIDSESEP, con autonomía técnica y administrativa.

La estrategia desarrollada fue la realización de actividades iniciales con diversas organizaciones regionales afiliadas a la AIDSESEP como la Coordinadora Regional de los Pueblos Indígenas de San Lorenzo (CORPI), la Federación Nativa del río Madre de Dios y Afluentes (FENAMAD), la Organización Regional Aidesep de Iquitos (ORAI) y la Organización Regional Aidesep Ucayali (ORAU), siendo el mayor logro de este programa el proyecto de Desarrollo del Sistema de Salud Indígena (DESSAI), que implicó el trabajo en 120 comunidades afiliadas a la Organización Indígena Regional de Atalaya (OIRA), la Organización Asháninka del Gran Pajonal (OAGP) y la Organización de Desarrollo de las Comunidades Nativas del distrito de Tahuanía (ORDECONADIT), cuyo objetivo fue la recuperación de recursos humanos, conocimientos y tecnologías indígenas en salud, así como la formación de promotores indígenas con enfoque intercultural para mejorar la situación de salud de los pueblos indígenas y conformar y desarrollar un sistema de salud intercultural en la Amazonía peruana, porque se concebía la existencia de un sistema de salud indígena separado del sistema de salud oficial.

Luego de la evaluación del proyecto DESSAI, hecha en el año 2000, como parte de las recomendaciones se contempla la creación de un programa para la formación de recursos humanos indígenas en salud intercultural a nivel de educación superior no universitaria, cuyo desarrollo se plantea en el ámbito de Atalaya, Bagua, San Lorenzo y Nauta, considerando un período temporal desde el 2000 hasta el 2011, así como la creación de un Instituto Nacional de Salud Indígena Amazónica (INSIA), que no ha sido concretado. Entre los años 2001 y 2004 se diseñó el proyecto, el plan de estudios con apoyo del MINSA y el modelo de gestión. La ONG Nordeco aprobó el financiamiento por tres años, pero el MINSA no dio respuesta ni hizo su parte en tanto la formación de recursos humanos depende fundamentalmente del sector educativo.

Como alternativa al INSIA (tema mucho más complicado y de muy largo plazo) se decide poner en marcha un proyecto piloto de formación de técnicos en salud

intercultural amazónica en Atalaya, sin apoyo del MINSA, buscando acercamiento con el Ministerio de Educación y manteniendo la figura de educación comunitaria en el marco de la nueva Ley de Educación. Cabe precisar que la UGEL de Atalaya aprueba el proyecto dándole el marco normativo correspondiente y firmando un convenio.

En el 2006 se implementa el proyecto y son capacitados veinte alumnos de diversas etnias, así como docentes, tutores académicos y personal administrativo y de servicio. También se realizan talleres de capacitación destinados a autoridades y docentes del Instituto Superior Tecnológico de Atalaya, para adecuar los contenidos del plan de estudios que se muestra a continuación.

Cuadro 7. Plan de estudios intercultural de la carrera de enfermería técnica del Instituto Superior Tecnológico de Atalaya

CONOCIMIENTOS GENERALES	
<ul style="list-style-type: none"> • Lengua y comunicación indígena. • Memoria de mi pueblo. • Derechos individuales y colectivos indígenas. • Legislación y ética profesional intercultural. 	<ul style="list-style-type: none"> • Lengua y comunicación castellana. • Economía indígena amazónica. • Análisis de la realidad peruana. • Bioestadística. • Investigación científica.
ÁREA DE FORMACIÓN TÉCNICA INDÍGENA AMAZÓNICA	ÁREA DE FORMACIÓN TÉCNICO-OCCIDENTAL
<ol style="list-style-type: none"> 1. Epistemologías indígenas. 2. Educación productiva. 3. Salud indígena amazónica. 4. Tecnologías indígenas en salud. 5. Plantas medicinales amazónicas. 6. Dietas y purgas amazónicas. 7. Sistema de conocimientos indígenas: modelo de investigación práctica. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Patología I – II. 2. Semiología. 3. Enfermería básica intercultural I. 4. Enfermería Gineco-Obstétrica intercultural. 5. Enfermería en salud pública. 6. Crecimiento y desarrollo humano intercultural. 7. Estudio de la comunidad – Antropología cultural. 8. Epidemiología y enfermedades transmisibles. 9. Farmacología. 10. Nutrición y dietética intercultural. 11. Bioquímica.

Fuente: AIDSESEP (2008).

Con este Programa de Salud Indígena (PSI) se busca elevar el nivel de vida fortaleciendo y desarrollando el enfoque intercultural de los sistemas indígenas de

salud, de acuerdo con la particularidad cultural de cada pueblo indígena amazónico. Entre los objetivos específicos del programa podemos señalar:

1. Diseñar y poner en práctica estrategias y metodologías específicas para “reactivar” los sistemas indígenas de salud.
2. Generar o mejorar las condiciones que faciliten el desarrollo de la sabiduría ancestral, así como el desenvolvimiento de los chamanes.
3. Proveer los recursos indispensables que requieren los sistemas de salud para optimizar su funcionamiento.
4. Promover y facilitar encuentros chamánicos para intercambiar experiencias y conocimientos.
5. Difundir el conocimiento chamánico a través de su inclusión en el plan de estudios de las escuelas bilingües de educación intercultural y de otras formas de comunicación.
6. Difundir información sobre la política indígena de salud y las actividades del Programa de Salud Indígena tanto al interior de la sociedad indígena como hacia la sociedad nacional.
7. Definir una política respecto de los estudiantes y profesionales indígenas del área sanitaria y afines, buscando su integración al programa y apoyándolos en sus inquietudes y proyectos.
8. Elaborar indicadores de salud de los pueblos indígenas de la Amazonía peruana.
9. Identificar los problemas prioritarios de salud pública de la Amazonía peruana susceptibles de ser controlados y tomar la iniciativa de comprometer al MINSA, a las universidades e instituciones afines, en un esfuerzo conjunto con las organizaciones indígenas, para gestionar y operativizar proyectos y programas de control de estos problemas.

Y entre lo que AIDSESEP considera como logros del programa podemos señalar:

- El PSI ha desarrollado proyectos en diversas organizaciones regionales como CORPI, FENAMAD, ORAI y ORAU.
- El mayor proyecto del PSI ha sido el DESSAI (Desarrollo de los Sistemas de Salud Indígena), en 120 comunidades de OIRA, OAGP y ORDECONADIT.
- AIDSESEP nacional tomó la decisión de diseñar un proyecto alternativo al INSIA sin tener en cuenta el apoyo directo del MINSA.
- Se solicita a las autoridades educativas el reconocimiento del proyecto piloto como una propuesta de *educación comunitaria* en el marco de la nueva Ley de Educación.
- UGEL Atalaya aprueba y otorga legalidad al proyecto, bajo esta modalidad, por Resolución Directoral Local N° 057-2005-UGEL Atalaya.
- La salud indígena ha ganado un espacio de discusión y de participación en las políticas gubernamentales y estrategias de salud vigentes. Actualmente existen organismos estatales que abordan temas prioritarios a través de planes de acción que contemplan la incorporación de los promotores de salud comunitarios.
- Las modalidades de educación formal han reconocido el valor de esta nueva profesión de técnicos al servicio de la salud de los pueblos indígenas, aspecto muy importante porque de lo contrario no se tendrá el aval por parte del MINSA.

Lo significativo e interesante de esta propuesta es que se está formando técnicos receptores de ambos saberes, pues en las aulas aprenden lo básico sobre biomedicina y trabajando en las comunidades aprenden directamente del curandero. La idea es que, una vez egresados, estos profesionales puedan desempeñarse en las postas de salud de sus comunidades bajo el supuesto de que el profesional de la salud

que trabaja en esos establecimientos “solo espera que pase el tiempo para regresarse a su ciudad natal”. Otro supuesto es que perteneciendo a la comunidad tendrá más aceptación que el profesional de la salud que viene de afuera y porque ofrecerá más competencias (conocimiento sobre la medicina indígena y sobre aspectos básicos de la medicina occidental).

No obstante, cabe señalar que la literatura antropológica muestra que la formación de curanderos sigue más o menos una pauta de padre a hijo, de curandero a discípulo con aptitudes y exige un prolongado adiestramiento. En este caso se trata de un conjunto de veinte adolescentes escogidos por su comunidad que han recibido adiestramiento en las aulas (biomedicina) y en el campo (medicina tradicional), y son considerados como los depositarios del saber indígena en salud. En este sentido, está por verse el impacto que pueda tener en la futura formación de curanderos, así como en las interrelaciones entre estos y los biomédicos.

Cabe precisar que la estrategia apunta a lograr la articulación de ambas medicinas. No obstante queda claro que la medicina tradicional es un complemento a la formación del técnico en enfermería (lo formal para que sea aceptado). La estrategia pasa por asumir el mecanismo oficial de formación planteado por el Estado y que se ajusta a lo planteado por la OMS: los agentes de medicina tradicional “entran” al sistema previa asimilación de la medicina occidental (proceso de medicalización a nivel promoción de salud).

Finalmente, y a modo de conclusión del presente capítulo, quisiéramos destacar que el deseo de incorporar al sistema de salud oficial otros sistemas médicos viene alimentado por diversas iniciativas. En lo que respecta a la medicina tradicional, esta incorporación debe pasar por su revalorización y qué mejor que una comunidad indígena para explorar el “encuentro” o los “puentes”, claro está respetando las competencias y los espacios que tienen los profesionales de salud y agentes de medicina tradicional. Para el caso de la medicina alternativa y complementaria, la incorporación ha sido impulsada por los propios profesionales de salud en pleno ejercicio de sus facultades legales, aunque no por ello han dejado de recibir críticas en un inicio (o siguen recibéndolas) por el empleo de recursos terapéuticos provenientes de otros sistemas médicos distintos de aquel en el que fueron formados.

CONCLUSIONES

1. Desde Alma Ata en 1978 hasta la Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005, nuestro país ha mostrado algunos avances. La realización en el Perú de dos congresos de nivel mundial sobre medicina tradicional permitió generar corrientes favorables, por ejemplo para la creación de una institución de carácter público como el INMETRA, lo que supuso formalmente que los peruanos fuéramos pioneros en materia de políticas públicas relacionadas a la articulación de la medicina tradicional con el sistema oficial de salud en América Latina. La estrategia empleada para lograr dicha articulación consistía en impulsar espacios de intercambio de conocimientos entre personal de salud y agentes de medicina tradicional, para mejorar la calidad de atención y reducir brechas culturales mediante la creación de filiales en diversos departamentos del país, creación de jardines botánicos de plantas medicinales con la finalidad de revalorar su uso, con fines de investigación etnobotánica, de docencia y de elaboración de un herbario nacional. Evidentemente, al tratarse de una política pública, era necesario crear el marco regulatorio para darle legitimidad, proceder a su implementación y, sobre todo, otorgarle legalidad a las acciones. Por ello, desde el INMETRA se impulsó la discusión sobre cuál debería ser el marco legal adecuado para promover la incorporación de la medicina tradicional al sistema oficial de salud. Su desactivación y su posterior “conversión” en el CENSI motivó ciertamente una reducción de su influencia en el tema, pero hoy en día se pretende superar las limitaciones a partir de iniciativas puntuales que apuntan a la integración, por ejemplo promoviendo diálogos interculturales. Si bien el tema de la medicina tradicional no era muy visible tras los mencionados avatares institucionales, esta relativa desventaja fue superada con un nuevo discurso: el de la interculturalidad, materia en la cual se evidencia una importante normativa, entendiéndola más como un cambio de actitud por parte del personal de salud hacia los pacientes que como una posibilidad de disminuir la hegemonía / subalternidad que caracteriza la

relación entre la medicina oficial y la medicina tradicional o alternativa y complementaria.

2. Lo característico en las comunidades nativas es que apelan a los recursos terapéuticos provenientes tanto de la medicina tradicional como de la medicina occidental. Quizás como elemento diferenciador las explicaciones primarias o iniciales se sustentan en la cosmovisión de origen, aunque el recurso terapéutico por usarse sea combinado. Asimismo, siendo la enfermedad un tema tan sensible, las comunidades se esfuerzan en mantener la figura del agente de medicina tradicional y de las parteras. Aunque las relaciones con los profesionales de salud se caracterizan por ser tensas, deben ser abordadas generando espacios de encuentros interculturales u otro mecanismo que apunte a tender puentes de comunicación y comprensión.
3. Sobre la interculturalidad en salud a nivel de política pública se ha promulgado una serie de normas, directivas y estrategias que le otorgan el marco legal adecuado para su desarrollo. No obstante, el concepto y su praxis hasta el momento se han interiorizado como un “cambio de actitud”, entendido como el respeto que debiera tener el personal de salud hacia personas portadoras de "otra" cultura, en tanto se parte del supuesto de que hay que hacer lo posible por llegar a la población y que esta muestre interés por acudir al centro de salud (si hablamos de contextos rurales). A la fecha, hablar de sistemas de salud indígena ha permitido orientar la política pública en salud bajo los esquemas de la salud pública, en donde los factores culturales muchas veces son considerados como obstáculos para cerrar las brechas al respecto. En este contexto la solución ha sido (y es) tratar de adecuar los servicios de salud a la población a través de, por ejemplo, casas de espera y lograr el apoyo de las parteras para disminuir los índices de mortalidad materna.
4. Existe aún cierto escepticismo en el reconocimiento a los agentes de medicina tradicional. Los intentos por lograrlo desde los marcos normativos, que aún no se concretan, han sido muchos, y en cada legislatura se ha promovido la articulación o la integración de sistemas. A este respecto cabe señalar que las fundamentaciones para lograr el reconocimiento de la medicina tradicional van desde los factores económicos, uso ancestral y componentes culturales en el marco de los derechos

humanos y de la interculturalidad; mientras que la oposición viene dada por los argumentos que se concentran en la “falta de evidencia” científica. Desde luego, la única forma de superar esta barrera es la realización de investigaciones en las que se vaya demostrando que la incorporación de elementos culturales va a redundar en la mejora de la situación de salud o que dicha mejora se vea reflejada en los análisis epidemiológicos. Las investigaciones que se orientan a describir las prácticas tradicionales sin una correlación en beneficio de la salud no abonarán en este propósito.

5. Existen cuestionamientos por parte de la medicina oficial con relación a la medicina alternativa y complementaria, pero la estrategia de incorporación al sistema oficial en el caso de EsSalud se ha caracterizado por focalizarse en la formación de “cuadros” que posteriormente puedan insertarse o aplicar lo aprendido en el ejercicio profesional con toda legalidad y legitimidad. Por otra parte, y a diferencia de la medicina tradicional, hay una permanente búsqueda de legitimidad de la medicina alternativa y complementaria en doctrinas filosóficas o científicas, y en la generación de evidencia o estudios de costo / beneficio, con el propósito de lograr su aceptación.
6. Las iniciativas del Colegio Médico del Perú evidencian el interés por aportar a la estrategia de articulación o integración de los sistemas médicos o, cuando menos, a promover el debate. En este sentido, los eventos denominados Rimanacuy son importantes porque congregan a profesionales de la salud y de las ciencias sociales, tanto del ámbito nacional como internacional, y se exponen experiencias o resultados de investigaciones. Hay que tomar en cuenta que para el gremio médico la generación de evidencia puede sustentar cambios normativos.
7. Los cursos que sobre medicina tradicional o alternativa y complementaria se enseñan eventualmente en algunas universidades del país en el pre y posgrado en las facultades de ciencias de la salud, y que pudieran responder a algún nivel de demanda, no se vinculan a ninguna estrategia de salud intercultural y, por el contrario, obedecen a iniciativas de los docentes que imparten tales cursos porque han desarrollado la experticia y la combinan en su práctica profesional y en el modelo de vida que pretenden inculcar en sus enseñanzas.

8. El desarrollo de instrumentos vinculantes como el Convenio 169 de la OIT y el enfoque de derechos humanos han jugado un rol fundamental para mejorar el marco de actuación del Estado en su relación con los pueblos indígenas; en este caso, en el tema de salud intercultural. Estos instrumentos han sido útiles para que las organizaciones indígenas en nuestro país exijan al Ejecutivo la adecuación de la normatividad nacional respecto a la política de salud y la realización de la consulta previa en esta materia. La defensa de la medicina tradicional por estas organizaciones forma parte de la estrategia más general de fortalecimiento de su identidad cultural. De hecho, la AIDSESEP es la organización que ha avanzado más en este aspecto al impulsar un programa de formación de técnicos de salud intercultural, para que sean ellos quienes –sobre la base de una combinación de conocimientos tanto de la medicina tradicional como de la medicina occidental– trabajen en los puestos de salud de las comunidades. Esta estrategia de acción es lo más cercano a una articulación de ambos sistemas. Por un lado se articula el conocimiento tradicional y por otro se mantiene vivo. No obstante, las capacitaciones brindadas a los indígenas que han seguido el programa piloto en Atalaya y en otros lugares hasta la fecha no pueden ser legitimadas por el sector educación, debido a que no se cumplen ciertos requisitos procedimentales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acevedo, S. (2008). Los fundamentos teóricos y filosóficos de la interculturalidad. Capítulo III. *Confluencia. Cuadernos de observación activa*. Guatemala. Recuperado de <http://canek.wikispaces.com/file/view/Los+fundamentos+te%C3%B3ricos+y+filos%C3%B3ficos+de+la+interculturalidad,+por+Sar%C3%ADah+Acevedo.pdf>
- Actas del II Congreso Internacional de Medicinas Tradicionales realizado del 26 al 29 de junio de 1988. Lima, Perú.
- Agüero, G. (1993). *Medicina tradicional en el Perú*. Lima: Ministerio de Salud.
- Aguirre, V. (2006). *La figura del facilitador intercultural mapuche. ¿Hacia una verdadera interculturalidad en salud? La experiencia de salud de la comuna de Pudahuel*. (Tesis de pregrado). Universidad de Chile, Santiago
- Alarcón M., Ana M., Vidal. H., Aldo & Neira Rozas, Jaime. (2003). Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. *Revista médica de Chile*, 131 (9), 1061-1065. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872003000900014&lng=es&tlng=es. 10.4067/S0034-98872003000900014.
- Amodio, E. (1995). La medicina popular urbana en Caracas. En *Historias de identidad urbana. Composición y precomposición de identidades en los territorios populares urbanos*. Caracas: Tropykos.
- Arellano, P. (1992). *El libro verde, guía de recursos terapéuticos vegetales*. Lima: Instituto Nacional de Medicina Tradicional, Ministerio de Salud.
- Avendaño, Á. (1998). *La rebelión de los mallquis. Medicina popular quechua*. Lima: Antawara.
- Baer, G. (1992). *Portals of Power: Shamanism in South America*. E. Jean Matteson Langdon y Gerhard Baer (eds.). Albuquerque: University of New Mexico Press.
- Benvenuto, A. & Sánchez, D. (2002). Madres que curan. El uso de plantas medicinales y otras prácticas populares de curación entre madres de los barrios Vista Alegre, Villa Nocito, Maldonado y 1 de Mayo de Bahía Blanca. Documento presentado en el Cuarto Congreso Virtual de Antropología. Recuperado de http://www.naya.org.ar/congreso2002/ponencias/adriana_benvenuto.htm.
- Brocker, A., Sánchez, G., Arévalo, M. & Espinoza, G. (Diciembre 2001). *Promoción de la medicina y prácticas indígenas en la atención primaria de salud: el caso de los quechua del Perú*. Washington D. C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Cabieses, F. (1987). *Relaciones interétnicas desde el punto de vista médico*. Lima: Centro de Altos Estudios Militares.
- Cabieses, F. (1993). *Apuntes de medicina tradicional. La racionalización de lo irracional*. Lima: CONCYTEC.

- Cabieses, F. (1995). *Legislación y relaciones políticas en el área azteca, maya y andina*. Lima: Instituto Nacional de Medicina Tradicional, Ministerio de Salud.
- Cáceres, E. (1988). *Si crees, los Apus te curan*. Cusco: Centro de Medicina Andina.
- Cáceres, E. (2008). *Susto o “mancharisqa”. Perturbaciones angustiosas en el sistema médico indígena andino*. Cusco: Dirección Regional de Cultura Cusco, Instituto Nacional de Cultura.
- Camino, L. (1992). *Cerros, plantas y lagunas poderosas: la medicina al norte del Perú*. Piura: CIPCA.
- Campos, R. (1992) *La antropología médica en México*. Tomo 1. México: Instituto Mora, Universidad Autónoma Metropolitana.
- Campos, R. (1996). *Legitimación social y el proceso de legalización de la medicina en América Latina. Estudio en México y Bolivia*. (Tesis doctoral). Universidad Nacional Autónoma de México.
- Caramés, M. (2004). Proceso socializador en ciencias de la salud. Caracterización y crítica del modelo hegemónico vigente. En G. Fernández (coord.). *Salud e interculturalidad en América Latina* (31-52). Quito: Abya Yala.
- Cárdenas, C. (1990). Medicina popular en Madre de Dios: A propósito de una atención de la salud practicada por una curandera nikkéi. *Perú Indígena* 12 (28), 193-210.
- Carlessi, C. (1990). *Gestión popular en salud. Algunas experiencias peruanas*. Lima: Editorial Alternativa, CESIP, FOVIDA. ONG de Desarrollo y Políticas Sociales.
- Cavero, G. (1965). *Supersticiones y medicina quechua*. Lima: Talleres Gráficos de la Compañía de Impresiones y Publicidad.
- Chaumeil, J-P. (1998). *Ver, saber, poder. Chamanismo de los yagua de la Amazonía peruana*. Lima: IFEA / CAAAP / CAEA-CONICET.
- Chiappe, M., Lemlij, M. & Millones, L. (1985). *Alucinógenos y shamanismo en el Perú contemporáneo*. Lima: Ediciones El Virrey.
- Colegio Médico del Perú. Consejo Regional V. (1986). Manuel Núñez Butrón. “Runa Soncco y Rijcharismo”. Arequipa.
- Congreso de la República. www.congreso.gob.pe.
- Cosminsky, S. (1977). El papel de la comadrona en Mesoamérica. *América Indígena*, Vol. 37, N° 2, 305-335.
- Cueto, M. (1989) *Excelencia científica en la periferia. Actividades científicas e investigación biomédica en el Perú 1890-1950*. Lima: GRADE, CONCYTEC.
- Cueto, M. (1996). *Salud, cultura y sociedad en América Latina*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos.

- Cueto, M. (1997). *El regreso de las epidemias: salud y sociedad en el siglo XX*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos.
- Cunningham, M. (2002). *Etnia, cultura y salud: La experiencia de la salud intercultural como una herramienta para la equidad en las Regiones Autónomas de Nicaragua*. Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. Programa de Políticas Públicas y Salud. División de Salud y Desarrollo Humano. Recuperado de <http://www.paho.org/Spanish/hdp/hdd/etn/>
- Delgado Súmar, H. (1985). *El susto en la medicina tradicional de Ayacucho*. Huamanga: Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga.
- Delgado Súmar, H. (1989). *Los "curiosos" en la medicina tradicional*. Huamanga: Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga.
- Delgado Súmar, H. (1991). *Medicina tradicional en Ayacucho*. Huamanga: Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga.
- Dobkins, M. (1969). Curanderismo psicodélico en el Perú: Continuidad y cambio. En *Mesa redonda de ciencias prehistóricas y antropológicas*. Lima, 139-149.
- Estrella, E. & Crespo, A. (1993). *Salud y población indígena de la Amazonía*. Memorias del I Simposio Salud y Población Indígena de la Amazonía. Quito: Tratado de Cooperación Amazónica, Comisión de las Comunidades Europeas, Museo Nacional de Medicina del Ecuador.
- Eyzaguirre, C., Cueva, N., Quispe, R. & Sánchez, G. (2008). Normas y guías técnicas en salud. Indígenas en aislamiento y contacto inicial. Lima: Centro Nacional de Salud Intercultural, Instituto Nacional de Salud, Ministerio de Salud.
- Eyzaguirre, C., Lou, S. & Fallaque, C. (2007). *Políticas para eliminar las barreras geográficas en salud*. Lima: CIES, CARE.
- Fassin, D. (1992). *Antropología y salud en comunidades indígenas. Manual de capacitación para promotores de salud*. Quito: Abya Yala.
- Frisancho, D. (1999). *¿Qué es la medicina folklórica?* Lima: Jampicamayoc S. A.
- Good, Byron. (1994). *Medicine, rationality and experience. An anthropological perspective*. Cambridge: Cambridge University Press (*Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica*. Barcelona: Edicions Bellaterra, 2003).
- Guerra, F. (1976). *Las medicinas marginales*. Madrid: Alianza Editorial.
- Guibovich del Carpio, L. (1989). *Medicina folclórica en el antiguo Perú y su proyección en el mundo moderno*. Lima: Facultad de Ciencias Sociales, Universidad Nacional Federico Villarreal, CONCYTEC.
- Iberico, L. (s/f). *El marco jurídico de la medicina tradicional*. Lima: Instituto Nacional de Medicina Tradicional, Ministerio de Salud.

- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2007). *Censos Nacionales 2007: XI de Población y II de Comunidades Indígenas*. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática.
- Kroeger, A. & Ruiz, W. (1988). *Conceptos y tratamientos populares de algunas enfermedades en Latinoamérica*. Cusco: Centro de Medicina Andina.
- Laplantine, F. (1999). *Antropología de la enfermedad*. Buenos Aires: El Sol.
- Menéndez, E. (1992). Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales. En R. Campos (comp.). *La antropología médica en México* (pp. 97-114). San Juan de Mixcoac. México: Instituto Mora. Universidad Autónoma Metropolitana.
- Menéndez, E. (enero – junio 1994). La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional? *Alteridades*. Recuperado de <http://www.uam-antropologia.net/pdfs/ceida/alt7-8-menendez.pdf>.
- Millones, L. (2014). *Por la mano del hombre. Prácticas y creencias sobre chamanismo y curandería en México y el Perú*. Lima: Asamblea Nacional de Rectores.
- Ministerio de Salud. Instituto Nacional de Salud. Proyecto VIGIA. (1999). *Sistematización de estudios etnográficos, CAP y estudios cualitativos sobre enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes*. Informe final elaborado por José Antonio Monje. Lima.
- Ministerio de Salud. Programa de Salud Materno Perinatal. Proyecto 2000. (1999). *El parto de la vida en los Andes y Amazonía del Perú. Salvarse con bien*. Lima.
- Ministerio de Salud. Oficina General de Epidemiología, Proyecto VIGIA. (2001). *Interculturalidad en la atención de la salud. Estudio socioantropológico de enfermedades que cursan con síndrome ictero-hemorrágico en Ayacucho y Cusco*. Lima.
- Morales La Torre, L. (1986). *Participación popular en Programas de Salud: experiencia de la población y sus organizaciones*. Segunda edición. Lima: Ministerio de Salud, Fundación Friedrich Ebert.
- Mosquera, M. (2002). *La articulación de saberes populares y biomédicos entre las comadronas de Rabinal, Baja Verapaz, Guatemala*. (Tesis doctoral). Universidad Rovira I Virgili. Tarragona. España.
- Organización Internacional del Trabajo. (2007). *Convenio N° 169 sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes*. Segunda edición. Lima: OIT. Oficina Regional para América Latina y el Caribe.
- Organización Mundial de la Salud. (1977). *Promoción y desarrollo de la medicina tradicional. Informe de una reunión*. Recuperado de http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_622_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (1978). *Atención primaria de la salud. Alma Ata*. Recuperado de <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf>.

- Organización Mundial de la Salud. (2002). Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional (2002-2005). Recuperado de http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_EDM_TRM_2002.1_spa.pdf.
- Organización Panamericana de la Salud. (1995). Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas de salud tradicionales. División de desarrollos de sistemas y servicios de salud de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Plan de Acción 1995-1998. Washington.
- Oyarce, A. (1996). Política intercultural en salud: elementos de una propuesta. En *Primer Encuentro Nacional de Salud y Pueblos Indígenas: Hacia una política nacional intercultural*. Saavedra, Región de La Araucanía.
- Pedersen, D. (1988). Curanderos, divinidades, santos y doctores. Elementos para el análisis de los sistemas médicos. En Cabieses (Presidente), *Segundo Congreso Internacional de Medicinas Tradicionales*, llevado a cabo del 26 al 29 de junio de 1988. Lima, Perú.
- PNUD. (1999). *Q'anil B – Proyecto de Interculturalidad, Políticas Públicas y Desarrollo Humano Sostenible*. Guatemala.
- Polia, M. (1996). “*Despierta, remedio, cuenta...*”: adivinos y médicos del Ande. Lima: Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Polia, M. (1988). Glosario del curanderismo andino en el departamento de Piura (Perú). *Anthropologica*, Vol. 6, N° 6.
- Polia, M. (2001). *La sangre del cóndor, chamanes de los Andes*. Lima: Fondo Editorial del Congreso del Perú.
- Porras, E. (2003). Consideraciones sobre neochamanismo y chamanismo huichol. Considerations on the neo-shamanism and the Huichol shamanism. *Gazeta de Antropología*, 19, artículo 007. Recuperado de http://www.ugr.es/~pwlac/G19_07Eugeni_Porras_Carrillo.pdf
- Portillo, J. (1993). La medicina. El imperio de lo efímero. En *Medicalización de la sociedad*. Montevideo: Instituto Goethe, Editorial Nordan.
- Proyecto Amares. Ministerio de Salud (2003). *Estudio exploratorio para desarrollar un enfoque intercultural y de mejoramiento de calidad de los servicios de salud en Huancavelica, Ayacucho y Andahuaylas en el marco del Programa de Modernización del Sector Salud*. Informe final elaborado por Lupe Camino Diez Canseco, Estela Roeder Carbo y Moraima Montibeller Ardiles. Lima.
- Quezada, A. (1986). *La práctica médica tradicional en las provincias del Azuay, Cañar, El Oro y Morona Santiago*. Segunda edición. Cuenca: IDICSA, Universidad de Cuenca.
- Seguín, C. (1988). *Medicinas tradicionales y medicina folklórica*. Lima: Banco Central de Reserva del Perú.
- Tournon, J. (2002). *La merma mágica. Vida e historia de los shipibo-conibo del Ucayali*. Lima: Centro Amazónico de Antropología y Aplicación Práctica (CAAAP).

- Treviño-Siller, S. (s/f). Contribuciones y aprendizajes de la antropología en la salud pública en México o cómo hacer antropología en tierra ajena y no morir en el intento. Recuperado de <http://blog.pucp.edu.pe/media/avatar/437.pdf>
- Valdivia, O. (1986). *Hampicamayoq. Medicina folklórica y su substrato aborigen en el Perú*. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Valdizán, H. & Maldonado, A. (1969). *La medicina popular peruana*. Lima: Hora del Hombre.
- Valle, C. del (2003). *Comunicar la salud. Entre la equidad y la diferencia*. Recuperado de <http://www.razonypalabra.org.mx/libros/libros/comunicarsalud.pdf>.
- Weisner, M. (1998). Lo uno - Lo múltiple. Una lectura desde la antropología médica. En *Actas del Tercer Congreso Chileno de Antropología*. Tomo I, pp.77-80. Santiago de Chile: LOM.
- Weiss, G. (1973). *Shamanism and Priesthood in the Light of the Campa. Ayahuasca Ceremony from Hallucinogens & Shamanism*. Oxford: Oxford University Press.
- Zolla, C. (1995). La biblioteca de la medicina tradicional mexicana. Problemas y métodos en el estudio de la medicina tradicional. En Montes (Presidente). *Segundo Congreso de Plantas Medicinales*. Centro El Canelo de Nos. San Bernardo. Chile.
- Zuloaga, G. (2006). Reflexiones para un diálogo entre los sistemas tradicionales de salud y la medicina occidental. Recuperado de http://www.forosalud.org.pe/iiicns/Reflexiones_para_un_dialogo.pdf.

ANEXOS

ANEXO 1

OBJETIVOS Y FUNCIONES DEL INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA TRADICIONAL (Iberico, s/f)

OBJETIVOS

1. Promueve y desarrolla investigaciones para revalorizar, identificar, reconocer, registrar y difundir los conceptos y conocimientos de los usos y prácticas, experiencias y costumbres y los diversos recursos y productos naturales o elaborados que conforman la medicina tradicional en las distintas etnias indígenas del país.
2. Promueve, orienta y desarrolla acciones educativas que permitan adquirir y divulgar conocimientos relacionados con la medicina tradicional en los profesionales de la salud.
3. Formula y propone normas para fomentar y desarrollar la investigación, docencia, capacitación y cooperación entre la medicina tradicional y la medicina académica.
4. Descentraliza la acción de los servicios especializados del Instituto a través de normas y asesoramiento para la organización y desarrollo de los servicios regionales públicos y privados, y la capacitación de su personal en el campo de la medicina tradicional.
5. Promueve la democratización de la salud en el Perú, priorizando el acceso a ella de las poblaciones indígenas rurales y urbano-marginales.
6. Identifica, reconoce, registra y promueve a las personas identificadas como cultores serios de la medicina tradicional, atendiendo a su incorporación como personal potencialmente valioso en la implementación de determinadas funciones y actividades del Instituto para la organización y desarrollo de los servicios regionales y locales, públicos y privados.

7. Fomenta y promueve la producción, comercialización y uso sistemático y orientado de los diversos recursos, productos y elementos que utiliza la medicina tradicional.
8. Norma o propone los dispositivos legales pertinentes que protejan la flora medicinal del país de la explotación indiscriminada, recolección y comercialización que lleven al peligro de extinción de estos recursos naturales.
9. Regula y norma la aplicación de las prácticas tradicionales de la salud y el uso y comercialización de los recursos naturales con fines terapéuticos en el ámbito de la atención primaria de la salud.
10. Como centro colaborador tiene labores de asesoría, orientación, capacitación y de organización en medicina tradicional, en lo académico y en servicios, en otros países de la región.

FUNCIONES

1. Asesorar, formular y proponer políticas en materia de medicina tradicional a la Alta Dirección del Ministerio de Salud.
2. Estudiar, investigar y determinar las actividades, conductas, actitudes modalidades, usos y costumbres tradicionales utilizados directa e indirectamente en el cuidado de la salud de los pueblos indígenas.
3. Promover y ejecutar programas curriculares y extracurriculares en medicina tradicional.
4. Regular y promover la comercialización y producción de plantas medicinales y derivados, por medio de registros, control y autorización pertinente, y preservar la flora nativa medicinal y alimenticia.
5. Articular la medicina tradicional con la medicina académica.
6. Promover la formulación de convenios con diversas instituciones afines.
7. Celebrar convenios de cooperación técnica nacional e internacional en apoyo a los planes y programas del Instituto.

8. Organizar y centralizar la información derivada de la producción científica en medicina tradicional y áreas afines, mediante la utilización de sistemas de informática propios e interconectados.
9. Gestionar la designación del Instituto Nacional de Medicina Tradicional como centro colaborador de la Organización Mundial de la Salud para la medicina tradicional.
10. Reforzar e implementar el desarrollo organizacional y las acciones de gestión administrativa del Instituto Nacional de Medicina Tradicional.
11. Promover y desarrollar la investigación en las áreas de antropología médica y contribuir al conocimiento sistemático de los agentes de la medicina tradicional tanto humanos como materiales, como un medio de posibilitar la articulación de la medicina tradicional con la medicina académica, y así contribuir al mejoramiento de la atención primaria de la salud en las zonas rurales y urbano-marginales.
12. Elaborar y regular las normas técnicas de aplicación de las prácticas tradicionales del cuidado de la salud, y el uso y conservación de los recursos naturales con fines terapéuticos en el ámbito de la atención primaria de la salud, así como dispositivos.
13. Descentralizar, mediante la creación o fortalecimiento de las filiales, las acciones del Instituto Nacional de Medicina Tradicional en las distintas regiones del país.
14. Dotar al Instituto Nacional de Medicina Tradicional de los recursos necesarios para el desarrollo de su gestión institucional.
15. Implementar un banco de datos especializados y estadísticos de las plantas medicinales de cada región, sus usos y aplicaciones populares, para así brindar servicios de información a nivel nacional e internacional.
16. Gestionar la activa participación del Instituto Nacional de Medicina Tradicional en los congresos nacionales e internacionales, foros y reuniones, como una manera de llevar la representación de la institución en este campo, manteniendo el liderazgo que ostenta el país por su labor pionera en el área de la medicina tradicional.

17. Buscar mecanismos de articulación de la medicina académica con la medicina tradicional para mejorar la cobertura de la atención de la salud de la población rural.
18. Buscar los mecanismos que permitan garantizar la participación de representantes idóneos nombrados por los gobiernos y las contrapartes mediante un mecanismo participativo idóneo de los pueblos indígenas.
19. Crear los espacios necesarios para el fortalecimiento, desarrollo y continua efectividad de las medicinas tradicionales en las áreas rurales, así como la organización de los sectores indígenas respetando los derechos culturales, los sectores académicos y profesionales procurando la articulación efectiva.
20. Propender a la conservación y aseguramiento de la producción agrícola de empleo nutricional y medicinal, promoviendo la conservación de especies nativas a través de la integración a los programas y planes de estudio de silvicultura, manejo, reforestación y protección de ambientes naturales; así como desarrollar técnicas de domesticación y su capacidad local de propagación, permitiendo la caracterización, tecnificación, estandarización y producción agrícola para asegurar su utilización sostenida.
21. Recomendar a la OPS la búsqueda de mecanismos de coordinación con otras iniciativas vigentes sobre estos temas, con el fin de optimizar recursos y evitar duplicación de esfuerzos.
22. Difundir los trabajos de investigación multidisciplinaria involucrando a profesionales: botánicos, antropólogos, químicos, farmacólogos, farmacéuticos, agrónomos, médicos, etc.
23. Promover permanentemente la difusión de la información científica en medicina tradicional, tanto en el país como en el extranjero, mediante la elaboración y publicación de fascículos, artículos, folletos, boletines, manuales de presentación institucional y trabajos de investigaciones científicas sobre la disciplina.
24. Capacitar a través de cursos curriculares y extracurriculares en las facultades y escuelas profesionales de las ciencias de la salud en universidades nacionales y particulares (filiales).
25. Capacitar a través de cursos, simposios, talleres, encuentros, charlas y seminarios teóricos y prácticos de fitoterapia dirigidos a profesionales de la salud, personal técnico y auxiliar de los hospitales de apoyo a nivel nacional,

serumistas, profesores de educación primaria y secundaria. Asimismo, desarrollar acciones de capacitación profesional y técnica en municipalidades, clubes de madres, botiquines populares e instituciones militares.

26. Elaborar trabajos de investigación de los recursos de la medicina tradicional: plantas medicinales, nutritivas, personal de agentes de medicina tradicional: parteras, hueseros, yerberos. Elaboración de estudios antropológicos de las comunidades rurales y urbano-marginales. Evaluaciones estadísticas y demográficas y estudios clínicos de los efectos médicos de las plantas medicinales.
27. Organizar una base de datos sobre farmacopea herbolaria peruana. Recolectar información científica y promover el intercambio vía Internet, Estructurar una página *web* con el fin de difundir investigaciones en la disciplina y levantamiento de información mediante encuestas, implementar una red local, interconectando los equipos y *software* con los que la institución cuenta.
28. Formar una red de atención materno-infantil con participación tanto de agentes de medicina tradicional como de la medicina académica, incluyendo estudios de perfiles epidemiológicos materno-infantiles de la zona. Identificación de los agentes de medicina tradicional (practicantes y reconocidos en las comunidades).
29. Ampliar y mejorar la infraestructura ya existente y complementarla con la introducción de mayores variedades de plantas medicinales vivas y para herbario de las tres regiones del país. Brindar asesoramiento técnico para promover la formación de jardines botánicos y biohuertos en las filiales del Instituto Nacional de Medicina Tradicional, en organismos estatales y en centros educativos.
30. Coordinar y asesorar permanentemente en materia de la disciplina a las 17 filiales a nivel nacional, con el objeto de llevar programas conjuntos de investigación, docencia y capacitación, así como de lograr un permanente intercambio de actividades alternativas y/o complementarias que permitan reducir el porcentaje de la población peruana (30%) que no tiene acceso a la atención primaria de salud.
31. Dirigir y conducir las acciones de los sistemas administrativos, coordinando, promoviendo y supervisando los recursos humanos, financieros y materiales, optimizando el grado de operatividad de los órganos que conforman la institución.

32. Brindar el apoyo logístico en general aplicando criterios de racionalidad, proporcionalidad y equidad en la distribución de los recursos materiales que se deben proveer a la institución para el normal y eficaz desarrollo de las actividades programadas.
33. Continuar los trámites de reconocimiento ante la OMS y la OPS del Instituto Nacional de Medicina Tradicional como centro colaborador para las medicinas tradicionales y la salud indígena.
34. Coordinar, supervisar y ejecutar las acciones de administración financiera, contable y fiscalización.
35. Dirigir y coordinar en asuntos de naturaleza jurídico-legal en el campo de la medicina tradicional a nivel intra y extra institucional.
36. Captar suscripciones, adquisiciones de libros, publicaciones y material bibliográfico acorde con nuestra disciplina. Asimismo, guardar, conservar y distribuir las diversas documentaciones afines.
37. Coordinar, controlar, ejecutar y supervisar las acciones administrativas inherentes al sistema de personal, así como brindar el apoyo social a los trabajadores e impulsar su capacitación en las áreas en que se desarrollan.
38. Estructurar un programa piloto de farmacias mixtas con el objeto de diseñar y organizar un modelo de salud articulado.

ANEXO 2
OBJETIVOS Y FUNCIONES DEL CENTRO NACIONAL DE SALUD
INTERCULTURAL (MOF, 2003)

OBJETIVO

Proponer políticas y normas en salud intercultural, así como el desarrollo de la investigación, docencia, programas y servicios, transferencia tecnológica y la integración de la medicina tradicional, medicina alternativa y medicina complementaria con la medicina académica, para contribuir a mejorar el nivel de salud de la población.

FUNCIONES GENERALES

- d) Proponer las políticas y estrategias de salud intercultural en concordancia con las políticas del sistema nacional coordinado y descentralizado de salud.
- e) Promover, desarrollar y difundir la investigación científica y tecnológica en el campo de la interculturalidad en salud, para la recuperación, revaloración y uso de los conocimientos, costumbres y hábitos de la medicina tradicional, alternativa y complementaria, así como el aprovechamiento sostenible de los recursos y productos naturales en beneficio de la salud humana.
- f) Diseñar, implementar y fortalecer los jardines botánicos, herbarios y biohuertos de plantas medicinales y alimenticias, en coordinación con las instituciones públicas y privadas, en el ámbito nacional.
- g) Proponer y ejecutar planes, programas y proyectos para la transferencia tecnológica, capacitación y extensión educativa en el campo de la medicina tradicional, alternativa y complementaria, en los niveles educativos y de educación continua.
- h) Programar, normar, controlar y evaluar el desarrollo de la articulación de la medicina tradicional, alternativa y complementaria con la medicina académica, promoviendo la participación y movilización de las poblaciones de las zonas rurales, urbano-marginales, comunidades nativas e indígenas, respetando sus hábitos y costumbres, incorporándolas a través del sistema nacional coordinado y descentralizado de salud.
- i) Elaborar y proponer normas que regulen y promuevan la aplicación de las prácticas de salud intercultural para el cuidado de la salud; la producción,

uso, conservación y comercialización de los recursos y productos naturales medicinales, alimenticios y sus derivados.

- j) Fortalecer la modernización organizacional y el desarrollo de las unidades de salud intercultural en el ámbito de las DISA y DIRESA, en estrecha coordinación con los gobiernos regionales, locales, organizaciones de base y demás componentes del sistema coordinado y descentralizado de salud.
- k) Promover la implementación de servicios de salud intercultural con profesionales y técnicos capacitados para desarrollar actividades de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud a través del sistema nacional coordinado y descentralizado de salud.
- l) Participar como ente técnico en la formulación del plan nacional de salud intercultural.
- m) Elaborar protocolos de integración para la articulación y complementariedad en salud intercultural.

ANEXO 3
NORMAS RELACIONADAS AL FOMENTO DE LA
INTERCULTURALIDAD EN EL SECTOR SALUD

Documentos técnicos y normativos

1. Estrategias Sanitarias Nacionales (R. M. N° 771-2004/MINSA), resolución en la cual se incluye la estrategia correspondiente a la de pueblos indígenas.
2. Norma Técnica: Atención Integral de Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas – AISPED (R. M. N° 437-2005/MINSA).
3. Creación de la Unidad Técnica Funcional de Derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad en Salud (R. M. N° 039-2005/MINSA).
4. Incorporación y promoción del uso del lenguaje inclusivo (R. M. N° 188-2005/MINSA).
5. Lineamientos de Política de Promoción de la Salud (R. M. N° 111-2005/MINSA).
6. Norma Técnica para la Atención de Parto Vertical con Adecuación Intercultural (R. M. N° 598-2005/MINSA).
7. Norma Técnica de Salud para la Transversalización de los Enfoques de Derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad en Salud (R. M. N° 792-2006/MINSA).
8. Enfoque de Derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad en Salud. Marco Conceptual (R. M. N° 792-2006/MINSA).
9. Directiva Administrativa para la Implementación de la Norma Técnica para la Transversalización de los Enfoques de Derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad en Salud (R. M. N° 1112-2006/MINSA).
10. Normas Complementarias para la Aplicación del D. S. N° 006-2006/SA-SIS.
11. Documento Técnico: Sistema de Gestión de la Calidad en Salud (R. M. N° 519-2006/MINSA).
12. Manual de Orientación / Consejería en Salud Sexual y Reproductiva (R. M. N° 290-2006/MINSA).
13. Guía Técnica de Atención Integral de Personas Afectadas por la Violencia Basada en Género (R. M. N° 141-2007/MINSA).
14. Documento: Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud (R. M. N° 596-2007/MINSA)
15. 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 (R. M. N° 799-2007/MINSA).

16. Guía Técnica: Atención de Salud a Indígenas en Contacto Reciente y en Contacto Inicial en Riesgo de Alta Morbimortalidad (R. M. N° 798-2007/MINSA).
17. Guía Técnica: Relacionamiento para casos de Interacción con Indígenas en Aislamiento o en Contacto Reciente (R. M. N° 797-2007/MINSA).
18. Estándares e Indicadores de Calidad en la Atención Materna Perinatal en los Establecimientos de Salud que cumplen funciones Obstétricas y Neonatales (R. M. N° 142-2007/MINSA).
19. Documento Técnico. Adecuación Cultural de la Orientación / Consejería en Salud Sexual y Reproductiva (R. M. N° 278-2008/MINSA).

ANEXO 4

POLÍTICA DE SALUD INTERCULTURAL CONSULTADA A LAS ORGANIZACIONES INDÍGENAS

Se entiende por Política Sectorial de Salud Intercultural la norma que con ese nombre emite el Poder Ejecutivo, con el propósito de definir objetivos prioritarios, lineamientos y contenidos principales de política pública del sector salud, así como los estándares nacionales de cumplimiento y provisión que deben ser alcanzados para asegurar una adecuada prestación de los servicios de salud en el Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud; es como sigue:

1. Del Objeto de la Política Sectorial de Salud Intercultural

La Política Sectorial de Salud Intercultural tiene por objeto, normar las acciones de salud intercultural en el ámbito nacional, a fin de lograr una atención de salud como un derecho humano, que favorezca la inclusión, equidad e igualdad de oportunidades para los(as) ciudadanos(as) del país.

2. Del Alcance

La Política Sectorial de Salud Intercultural, es de aplicación general en todos los establecimientos de salud públicos (del Ministerio de Salud, de las Fuerzas Armadas, de la Policía Nacional del Perú, de los Gobiernos Regionales y de los Gobiernos Locales, otros públicos), privados y mixtos del Sector Salud.

3. De la Política Sectorial de Salud Intercultural

La Política Sectorial de Salud Intercultural, comprende cuatro (04) ejes fundamentales y sus correspondientes líneas de acción:

3.1. **Primera política:** la autoridad sanitaria promueve el derecho a la salud, la inclusión social y la equidad en los servicios de salud para los pueblos indígenas,

Andinos y Amazónicos así como para los Afroperuanos y Asiáticoperuanos en la prestación de servicios de salud. Comprende las siguientes líneas de acción:

3.1.1 El Estado garantiza el ejercicio del derecho a la salud de los Pueblos indígenas, Andinos y Amazónicos así como para los Afroperuanos y Asiáticoperuanos, en los diferentes niveles de atención, institucionalizando la comunicación y diálogo intercultural entre proveedores y usuarios.

3.1.2 La autoridad sanitaria deberá promover la difusión del enfoque de derechos en salud referido a los Pueblos indígenas, Andinos y Amazónicos así como para los Afroperuanos y Asiáticoperuanos.

3.1.3 La autoridad sanitaria deberá promover la erradicación de toda forma de discriminación en la prestación de servicios de salud.

3.1.4 La autoridad sanitaria deberá incorporar prioritariamente en el Aseguramiento Universal en Salud (AUS) a los Pueblos indígenas, Andinos y Amazónicos así como a los Afroperuanos y Asiáticoperuanos,

3.1.5 La autoridad sanitaria deberá promover y desarrollar intervenciones diferenciadas con población migrante perteneciente proveniente de Pueblos indígenas, Andinos y Amazónicos así como Afroperuanos y Asiáticoperuanos, en ámbitos urbanos y urbano-marginales.

3.1.6 La autoridad sanitaria deberá desarrollar e implementar normatividad orientada a fortalecer los servicios de salud del sector en relación a Pueblos indígenas, Andinos y Amazónicos así como Afroperuanos y Asiáticoperuanos.

3.1.7 Las instituciones prestadoras de salud, bajo la supervisión de la autoridad sanitaria, deberán asegurar la prestación de los servicios de salud con pertinencia intercultural en todos los niveles de atención.

3.1.8 Las instituciones prestadoras de salud, bajo la supervisión de la autoridad sanitaria deberán fortalecer la mejora de la calidad de atención en salud intercultural.

3.1.9 Las instituciones prestadoras de salud, bajo la supervisión de la autoridad sanitaria deberán incorporar la pertinencia étnica por autorreconocimiento en los sistemas de registro de atención de los servicios de salud.

3.1.10 El Estado respeta el derecho colectivo a la salud de los pueblos indígenas Andinos y Amazónicos, así como el derecho a la salud con pertinencia cultural de los Afroperuanos y Asiáticoperuanos considerados en las Convenciones, Convenios y Declaraciones Internacionales.

3.2. **Segunda política:** La autoridad sanitaria promueve la Medicina Tradicional y su articulación con la Medicina Convencional. Comprende las siguientes líneas de acción:

3.2.1 La autoridad sanitaria deberá reconocer la importancia y valor de la Medicina Tradicional y el ejercicio que de ella hacen los pueblos indígenas y sus agentes.

3.2.2 La autoridad sanitaria deberá fortalecer el trabajo comunitario con los agentes de Medicina Tradicional.

3.2.3 La autoridad sanitaria deberá promover la recopilación, revalorización, así como rescatar, conservar y difundir el conocimiento de la Medicina Tradicional Peruana.

3.2.4 La autoridad sanitaria deberá promocionar y fomentar el uso de recursos y tecnologías de la Medicina Tradicional por el personal de salud en los diferentes niveles de atención.

3.2.5 La autoridad sanitaria deberá participar en la promoción de la conservación de la diversidad biológica y/o protección de los conocimientos colectivos relacionados a la salud.

3.2.6 La autoridad sanitaria deberá desarrollar y promover investigaciones en Medicina Tradicional, incluyendo la acción de las plantas medicinales y la identificación de los síndromes culturales y su tratamiento.

3.2.7 La autoridad sanitaria deberá desarrollar investigaciones sobre los procesos de salud-enfermedad en Pueblos indígenas, Andinos y Amazónicos así como Afroperuanos y Asiáticoperuanos.

3.2.8 Las instituciones prestadoras de salud, bajo la supervisión y promoción de la autoridad sanitaria deberán desarrollar proyectos de salud intercultural en los servicios de salud.

3.2.9 La autoridad sanitaria deberá promover alianzas intersectoriales para la protección y promoción de la salud de los Pueblos indígenas, Andinos y Amazónicos así como Afroperuanos y Asiaticoperuanos.

3.3. **Tercera política:** Fortalecimiento de capacidades de los recursos humanos en salud intercultural.

Comprende las siguientes líneas de acción:

3.3.1 La autoridad sanitaria deberá promover la capacitación en salud intercultural, así como, participar en la formulación de planes de estudio para la formación de recursos humanos en salud.

3.3.2 Las instituciones prestadoras de salud, en el marco de competencias establecidas por la autoridad sanitaria nacional, deberán desarrollar capacidades y competencias interculturales en los prestadores del Sistema Nacional de Salud y en los decisores políticos.

3.3.3 Las instituciones prestadoras de salud, deberán promover la incorporación de conocimientos tradicionales locales en la formación y capacitación del personal de salud en las regiones.

3.3.4 La autoridad sanitaria deberá establecer mecanismos de incentivos y estímulos según disponibilidad para el personal que obtenga capacitación en salud intercultural, desarrolle intervenciones o preste servicios a población indígena y afrodescendiente, independientemente de su ubicación geográfica.

3.3.5 La autoridad sanitaria deberá promover la capacitación del personal indígena de salud y priorizar su incorporación en los ámbitos y establecimientos de salud que atiendan mayoritariamente a población de su pueblo o etnia.

3.4. **Cuarta política:** Fortalecimiento de la identidad cultural y participación de los pueblos andinos, Amazónicos, afroperuanos y asiaticoperuanos en los servicios de salud. Comprende las siguientes líneas de acción:

3.4.1 La autoridad sanitaria deberá promover la participación de las organizaciones de los Pueblos indígenas, Andinos y Amazónicos así como de Afroperuanos y Asiáticoperuanos en la planificación en salud de sus comunidades.

3.4.2 La autoridad sanitaria, en coordinación con las organizaciones indígenas, deberá proponer acciones que permitan la ejecución, seguimiento, monitoreo y evaluación de los planes y programas de salud que se dirijan a Pueblos indígenas, Andinos y Amazónicos así como Afroperuanos y Asiáticoperuanos.

3.4.3 La autoridad sanitaria establecerá dentro de sus programas y actividades mecanismos que valoren, promuevan y fortalezcan los sistemas médicos tradicionales y los sistemas tradicionales de autocuidado, respetando su diversidad étnica, lingüística y cultural.