

**FACULTAD LATINOAMERICANA DE CIENCIAS SOCIALES**

**MAESTRIA EN DESARROLLO HUMANO**

PROYECTO DE TESIS PARA OPTAR AL TITULO DE MAGISTER

**Un corredor que se angosta**

**Un análisis de la formación de la agenda de las políticas de salud para pueblos indígenas  
en el Ministerio de Salud del Perú entre los años 2004 y 2016**

Tesista: Gerardo Ignacio Seminario Námuch

Director: Dr. Julián Bertranou

Lima, marzo del 2017.

## INDICE GENERAL

AGRADECIMIENTOS.....	6
INTRODUCCIÓN.....	8
Tema y objeto de la investigación.....	10
Objetivos .....	12
Metodología.....	12
CAPÍTULO I .....	16
EL ORIGEN Y DESARROLLO DE LA AGENDA DE SALUD PARA PUEBLOS INDÍGENAS EN LA REGIÓN .	16
1.1 Origen de la política pública de salud para pueblos indígenas en la región.....	16
1.2 Principales desarrollos nacionales .....	21
CAPÍTULO II .....	24
TEORÍAS SOBRE LA FORMACIÓN DE LA AGENDA DE POLÍTICA PÚBLICA Y ENFOQUES EN SALUD PARA PUEBLOS INDÍGENAS.....	24
2.1 Política Pública .....	24
2.2 Formación de la agenda de la política pública.....	25
2.2.1 La definición del problema.....	25
2.2.2 Los actores.....	27
2.2.3 Explicaciones en uso sobre la formación de agenda.....	28
2.2.4 El modelo del Bote de Basura .....	29
2.3. Enfoques de salud para pueblos indígenas: de las soluciones incrementales (adecuación) a la salud intercultural .....	30
2.3.1 Soluciones incrementales (adecuación) para la salud de pueblos indígenas .....	30
2.3.2 Medicina tradicional.....	31
2.3.3 El enfoque de los determinantes sociales de la salud.....	32
2.3.4 Salud intercultural.....	33
CAPÍTULO III .....	36
EL FLUJO DE CUESTIONES DE LA SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS .....	36
3.1 Una situación, dos problemas estrechamente vinculados .....	36
3.2 La gallinita ciega, ¿con qué le pegamos? .....	38
3.2.1 Medicina tradicional: el Inmetra.....	39
3.2.2 Soluciones incrementales (adecuación) en salud para pueblos indígenas:.....	41

a) El Centro Nacional de Alimentación y Nutrición Saludable – CENAN .....	41
b) La Dirección de Salud Sexual Reproductiva y la Norma Técnica de Parto Vertical.....	42
3.2.2 Determinantes Sociales de la Salud: El Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades y los ASIS indígenas.....	43
3.2.3 Salud intercultural:.....	45
a) La Dirección General de Promoción de la Salud (DGPS) y la Unidad Técnica Funcional... 45	
b) El Centro Nacional de Salud Intercultural – CENSI.....	48
c) Otras iniciativas: Las estrategias sanitarias nacionales de TBC y VIH.....	57
d) La Dirección de Salud de Pueblos Indígenas .....	60
CAPITULO IV .....	62
LA RED DE EXPERTOS DE LA SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS Y LAS ORGANIZACIONES INDÍGENAS .....	62
4.1 La <i>Red de asuntos</i> : Funcionarios, científicos sociales y profesionales de la salud.....	62
4.1.1 Presentación de la red de expertos.....	63
4.1.2 La agenda de la red de expertos y los casos de éxito identificados.....	64
4.1.3 Una red discontinua y poco densa .....	66
4.1.4 Los Políticos de Políticas.....	67
4.2 Verticalidad y soluciones incrementales para pueblos indígenas.....	68
4.3 Organizaciones indígenas: la excepción peruana en la formación de la agenda.....	70
4.3.1 ¿Qué es ser indígena? .....	71
4.3.2 El movimiento indígena en los países vecinos del área andina .....	73
4.3.3 Explicaciones sobre la <i>excepción peruana</i> .....	74
4.3.4 Actores en el escenario indígena peruano.....	75
CAPÍTULO V .....	79
LAS VENTANAS DE OPORTUNIDAD: CONTAMINACIÓN, PUEBLOS INDÍGENAS EN AISLAMIENTO, CONSULTA PREVIA, PROCESOS DE REFORMA DEL SECTOR SALUD .....	79
5.1 Las ventanas de oportunidad .....	79
5.2 Contaminación en el Río Corrientes.....	81
5.3 Avistamiento de PIACI - Pueblos Indígenas en Aislamiento o Contacto Inicial.....	86
5.4 La Ley de Consulta Previa.....	88
5.5 La reforma de salud (2013 – 2015) .....	92
CAPITULO VI .....	95

CONCLUSIONES: LA AGENDA DE SALUD INDÍGENA, UN CAMPO EN FORMACIÓN .....	95
6.1 Encuentros y desencuentros entre problemas y soluciones. El rol de la interculturalidad en las políticas de salud de pueblos indígenas .....	96
6.2 Estructura de los actores.....	98
6.3 La verticalidad y la formación de agenda.....	101
6.4 Formación de un campo de política pública y el corredor que se angosta .....	102
6.5 La fragilidad de las políticas públicas. Sobre la desaparición de la Dirección de Pueblos Indígenas del MINSA .....	103
VII. ANEXOS .....	106
Anexo 1. Guía de entrevista .....	106
Anexo 2. Lista de entrevistados .....	111
VIII. BIBLIOGRAFÍA.....	114

## INDICE DE TABLAS E ILUSTRACIONES

Tabla N° 1. Propuestas centrales para el desarrollo de políticas públicas de salud de pueblos indígenas en América .....	19
Tabla N° 2. Comparación entre adecuación cultural y pertinencia cultural .....	31
Ilustración N° 1. El campo de la salud intercultural .....	35
Ilustración N° 2. Línea de tiempo de avistamiento de Piaci en la Amazonía peruana .....	88
Ilustración N° 3. Estructura de los actores de las políticas de salud para pueblos indígenas.....	100
Ilustración N° 4. Posibilidad de implementación de la salud intercultural bajo la estructura vertical del MINSA.....	101

## **AGRADECIMIENTOS**

Quiero agradecer a varias personas por su colaboración en el desarrollo de esta tesis. Para mí, esta investigación no es un trabajo puntual, es un punto de llegada de un camino que empecé hace algún tiempo.

Primero, quiero agradecer a todos mis entrevistados, que desde distintas posiciones dentro del Ministerio de Salud y otras dependencias del Estado, la Cooperación Internacional y las Organizaciones Indígenas, colaboraron de buena fe con la investigación.

A lo largo de los últimos doce años tuve la suerte de vincularme a distintas instituciones relacionadas a la problemática indígena, allí conocí a diversos profesionales que compartieron conmigo su conocimiento del tema y me dieron un espacio para crecer profesionalmente y aportar a la mejora de las condiciones de vida de los pueblos indígenas. Quiero, por tanto, agradecer a Emilio Rojas, quien fuera director de Ibis Perú mientras trabajé allí; a Mario Tavera, ex oficial de salud de UNICEF, gracias a quien trabajé en Río Santiago de la mano de los pueblos awajún y wampís; a Lili Avensur de Terranuova con quien pude continuar mi labor en la temática indígena; pero especialmente quiero agradecer a Juan Quezada, quien fuera mi coordinador de terreno durante mi estancia en Río Santiago, una de las personas de las que más he aprendido.

También quiero agradecer a mis amigos awajún y wampís, que no dejaron de enseñarme cómo ver el mundo de una forma distinta, especialmente a Marino López, Patricio Chumpi y Bernabé Impi, que hoy se encuentra formando parte de la directiva de la Asociación Interétnica para el Desarrollo de la Amazonía Peruana (AIDSESP).

Llevaba algún tiempo trabajando junto a los pueblos indígenas del Perú pero no fue hasta que llevé las clases de Luisa Elvira Belaunde, en la Maestría de Estudios Amazónicos de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, que comencé a comprender lo que significa realmente la diferencia cultural, por ello quiero agradecerle a ella, a los demás profesores

y a todos los compañeros de Estudios Amazónicos. Igualmente, al ingresar a la Maestría de Desarrollo Humano de FLACSO Argentina tuve el primer contacto con el análisis de las políticas públicas, que resultó ser un campo revelador y que me ha llevado a escribir esta tesis, por ello también agradecer a los profesores y compañeros de la base 2013 de esta maestría.

El tema de la salud indígena comenzó a volverse central para mí cuando, hace exactamente seis años, empecé a trabajar en el consorcio conformado por Salud Sin Límites Perú y Medicus Mundi Navarra – Aragón – Madrid (NAM). Por ello quiero dar un especial agradecimiento Fernando Carbone y Marcela Velásquez de Medicus Mundi NAM, gracias a quienes me introduje en el mundo de la Atención Primaria de la Salud (APS) y los Modelos de Atención Integral. Pero especialmente quiero agradecer al equipo de Salud Sin Límites Perú (SSLP), mi casa, a todos ellos muchas gracias por las conversaciones y por la posibilidad de crear una institución donde podemos hacer lo que nos gusta.

Dos agradecimientos especiales en SSLP; primero a Claudia Lema, directora de la institución, con quien compartimos amistad y muchas de las inquietudes sobre las que esta tesis versa y; segundo, a Leonardo Cortéz, compañero antropólogo que no solo se sentó conmigo discutir la tesis, sino que se dio el trabajo de revisarla y darme aportes clave.

Quiero agradecer también a dos buenos amigos, Carlos Luque y Marina Charún, de quienes aprendí todo eso que ahora llaman habilidades blandas y de quienes aun aprendo sobre tenacidad y, cuando se puede, de disfrutar de la vida con los amigos.

Finalmente, el agradecimiento más importante es para a mi familia, a mi esposa Lourdes Ruiz, que me apoyó pacientemente para culminar este trabajo, y a mis hijos Salvador y Fidel, quienes me alegran la vida y en esta oportunidad han sabido esperar mientras que esta investigación culminaba.

A todos ellos les dedico este esfuerzo y de todos ellos es también cualquier fruto que esta investigación pudiera producir.

## INTRODUCCIÓN

Durante la segunda quincena de Marzo del 2017, un evento climático conocido como El Niño Costero afectó las costas de Perú y Ecuador, elevando en pocos días la temperatura del mar más de diez grados centígrados, generando no solo una fuerte ola de calor, sino incrementando las lluvias en distintas partes de la costa del país.

Los eventos climáticos tienen una capacidad especial para evidenciar lo que somos, mientras las principales capitales de la costa norte se inundaban producto de los huaycos y desbordes de los ríos, y familias enteras, no solo del norte sino de las zonas urbano marginales de la capital, perdían el producto de toda una vida de trabajo, cuando no la propia vida, la Lima *tradicional*, es decir, los distritos más acomodados de la capital, se quedaba, por primera vez en casi dos décadas, sin agua potable.

El país se ahogaba en una tragedia y los limeños de clase media se desesperaban por las dificultades que la ausencia de agua genera. Así es la desigualdad peruana, un mismo fenómeno arrasa con la vida de algunas personas mientras a otras tan solo las deja sin agua.

Este país es extremadamente desigual, pero no hace falta un fenómeno climático extremo para evidenciarlo. A quien quiera ver la situación de los pueblos indígenas, esta le revelará la desigualdad a diario. Para muestra un botón, veamos alguna información sobre la salud de los niños y adolescentes indígenas de la Amazonía del Perú.

La desnutrición crónica en comunidades nativas casi triplica el promedio nacional (47.1 % vs. 14.4 %, respectivamente, en el 2015). La prevalencia de anemia en el 2015 en niños de las comunidades nativas era de 83.5 %, mientras que el promedio nacional era de 53.6 %.

En comunidades nativas la cobertura de la vacuna contra el neumococo es de 52.5 %, frente al 76.2 % de cobertura en la población amazónica de habla castellana.

Solo el 54.6 % de los niños de las comunidades nativas se encuentra vacunados contra el rotavirus, frente al 70.6 % del promedio de los cinco departamentos de la Amazonía. Respecto a la suplementación con hierro, en las comunidades nativas solo el 17 % de los niños recibió la suplementación, valor inferior al nivel nacional que es de 36.6 %.

A nivel nacional, el 85 % de adolescentes gestantes tuvieron parto institucional (parto atendido en el establecimiento de salud) en el 2015, mientras que en las comunidades nativas menos de 2 de cada 10 gestantes adolescentes tuvieron parto institucional.

En relación a los controles prenatales en gestantes adolescentes, 8 de cada 10 gestantes adolescentes recibieron 6 o más controles prenatales a nivel nacional en el 2015, mientras que en las comunidades nativas solo 4 de cada 10 gestantes adolescentes recibieron este servicio (UNICEF, 2017).

Las diferencias recién expuestas son el punto de partida que nos lleva a preguntarnos por la problemática de las políticas públicas para pueblos indígenas. Lo que revelan estas desigualdades es que hay servicios que no llegan a quienes lo necesitan, o que, cuando llegan, lo hacen de una manera inadecuada que no permite lograr impactos.

Pero esta realidad parece importar poco en el nivel central del gobierno, ahí donde las políticas públicas se deciden. Al conversar con diversos funcionarios de distintos sectores del Estado sobre este problema las respuestas van desde la preocupación por lo poco costo-efectivo que es atender a poblaciones indígenas altamente dispersas, hasta respuestas más logradas, como la del ex presidente del Perú Alan García Pérez: “Estas personas no son ciudadanos de primera clase”<sup>1</sup>.

Efectivamente, estas poblaciones se asientan de forma altamente dispersa en el interior del país, en la Amazonía y las zonas menos accesibles de los andes. Además de esto, muchos de estos pueblos poseen patrones culturales heterogéneos, en parte distintos a los que forman la base de la política nacional de salud. Todo esto hace que, para tener intervenciones eficientes se requieran modelos de acción distintos, en muchos casos más costosos que los que se usan en ámbitos urbanos con población mestiza.

La pregunta que se desprende de lo recientemente expuesto es ¿por qué no se desarrollan estos modelos?, ¿es un tema de costo?, es decir ¿hay ciudadanos cuyos derechos no justifican la inversión?

Imaginemos lo siguiente, qué pasaría si el mapa de Perú no incluyera su larga y angosta franja costera y, por tanto, solo estuviese habitado por población andina y amazónica, ¿serían aun estas personas ciudadanos de segunda?, ¿diría el Estado que no es costo-

---

<sup>1</sup> Refiriéndose a la protesta social del pueblo awajún el año 2008 por un conjunto de leyes que recortaban sus derechos territoriales. Ver en: <https://www.youtube.com/watch?v=3ekPeb6nMnw> (revisado el 22/03/2017).

efectivo invertir en garantizar sus derechos?, ¿es un Estado de derecho aquel que solo atiende a sus ciudadanos más económicos?

Lo expuesto nos muestra que la salud de los pueblos indígenas no está separada del derecho a la diferencia. Lo que esta tesis intentará mostrar es cómo ese derecho va ganando espacio entre un pequeño grupo de actores que han sabido hacerse preguntas y proponer respuestas, y que en ciertas oportunidades han logrado transformar sus preocupaciones por un país más equitativo en políticas públicas.

En este trabajo presentamos el campo de las políticas públicas de salud para pueblos indígenas como un proceso en desarrollo, con pasos adelante y atrás. Un balance general podría caracterizarlo como un campo recién ganado, un claro en un terreno muchas veces hostil, pero también como un puesto de avance que, si bien aún no se consolida, hoy es visible tanto para los amigos como para los enemigos. Por ello, a nuestro juicio, hoy más que nunca, ese campo requiere que aquellos que lo forjaron se organicen para defenderlo.

### **Tema y objeto de la investigación**

El año 2016, el Ministerio de Salud del Perú aprobó un documento central para el desarrollo de respuestas a los problemas de salud de los pueblos indígenas, la Política Sectorial de Salud Intercultural. Ese mismo año se crea la Dirección de Pueblos Indígenas del Ministerio de Salud (MINSa). Ambos hechos revisten gran significancia para la salud de los pueblos indígenas del Perú.

Para comprender esto, es importante recordar que desde el año 2004 el nivel central del MINSa ha sancionado un conjunto de otras *políticas* (normas, guías técnicas y otros documentos), con miras a garantizar el derecho a la salud de los pueblos indígenas, pero con preocupaciones parciales sobre la problemática general de la salud indígena. Todas estas políticas fueron respuestas interesantes pero limitadas en su alcance, sin la fuerza de una política sectorial unitaria que funcione como ley marco para ellas, desarrolladas asimismo sin un espacio institucional capaz de implementar intervenciones de mayor envergadura.

Es nuestra opinión que el desarrollo de las políticas públicas de salud para pueblos indígenas ha ido ganando espacio de forma gradual, construyendo la base para que, en determinado momento, el conjunto de corrientes que dan cabida al desarrollo de políticas públicas haya podido alinearse para la gestación de una Política Sectorial y una Dirección de Pueblos Indígenas en el MINSa. Ambos son logros importantes, pero como veremos en este trabajo, considerablemente frágiles.

Las corrientes a que nos hemos referido en el párrafo anterior son los procesos que la teoría de la formación de la agenda de políticas públicas describe: 1) las cuestiones, conformadas por la problemática y las soluciones, en este caso referentes a la salud de los pueblos indígenas del Perú; 2) los actores en el desarrollo de las propuestas de política pública, y 3) las ventanas de oportunidad para la implementación de una política de salud.

Dicho de forma resumida, nuestro interés en este trabajo es estudiar el desarrollo gradual, entre los años 2004 y 2016, de las corrientes de formación de agenda de las políticas públicas de salud para pueblos indígenas en el nivel central del Ministerio de Salud del Perú, y su convergencia en la dación de la Política Sectorial de Salud Intercultural y la creación de la Dirección de Pueblos Indígenas del MINSA.

El campo de investigación ha sido delimitado de la siguiente manera. En el Perú hay cinco prestadores de salud: la sanidad de las Fuerzas Armadas, la de la Policía, los privados, la Seguridad Social y el MINSA. De todos estos, el principal actor, con el 38 % de los beneficiarios, es el Ministerio (MINSA, 2015: 19). Además, es el único de estos actores que ha desarrollado estrategias de trabajo específicas para pueblos indígenas. Nos hemos concentrado en las políticas producidas a nivel central, pues a nivel regional o local estas son más eventuales y tienen alcance e impacto limitado.

Cuando decimos *pueblos indígenas* nos referimos a la definición del Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), un grupo de gente que se auto identifica como descendiente de poblaciones indígenas precolombinas y que reúne condiciones objetivas como conservar sus propias instituciones sociales (OIT, 1989: 2). Hemos decidido concentrar nuestro trabajo en esta población, puesto que existe un consenso general sobre que la etnicidad configura un importante determinante de la salud que afecta negativamente los indicadores de morbilidad y mortalidad (OPS, 2012). Por otro lado, según distintas investigaciones, la población indígena del Perú podría ser en términos absolutos la mayor población indígena de cualquier país de América: 6,5 millones (Ribotta, 2010: 15).

El periodo escogido va del año 2004 al 2016, esto es, desde la creación del Centro Nacional de Salud Intercultural – CENSI del Ministerio de Salud, a la última reforma de la estructura orgánica del Ministerio en el gobierno del presidente Ollanta Humala. Podríamos haber retrocedido más, hasta el año 1990, con la creación del Instituto Nacional de Medicina Tradicional (Inmetra), sin embargo, dado que el Inmetra dedicó la mayor parte de su trabajo a la investigación, tomamos este periodo previo, un periodo además centrado exclusivamente en la medicina tradicional, como un antecedente de los esfuerzos por desarrollar políticas públicas para pueblos indígenas.

Finalmente cabe señalar que, por ser objeto de esta investigación la formación de la agenda de la salud para pueblos indígenas, hemos decidido explorar un conjunto de políticas/instrumentos (normas, guías, investigaciones, políticas, etc.) que provienen de distintas entidades dentro del Ministerio, aparentemente todas ellas con interés y responsabilidad parcial sobre el mismo tema, pero desarrollándolo a menudo unas a espaldas de otras. De haber escogido ir más allá de la sanción de la norma y, por ejemplo, explorar su implementación, la diversidad de fuentes que proponemos revisar hubiese significado un problema. Pero, dado que nuestro interés es observar el desarrollo de las distintas corrientes de política pública y cómo este desarrollo termina generando las condiciones para una Política Sectorial y para la creación de una Dirección en el MINSA, la diversidad de instrumentos revisados constituyen más bien los insumos necesarios para una

mejor comprensión del proceso general de las políticas de salud para pueblos indígenas en el Perú. Consideramos que esta presentación es un aporte importante de esta investigación.

## **Objetivos**

### *Objetivo general*

Estudiar la formación, entre los años 2004 y 2016, de las corrientes de construcción de agenda de las políticas públicas de salud para pueblos indígenas en el nivel central del Ministerio de Salud del Perú, y su convergencia en la dación de la Política Sectorial de Salud Intercultural y la creación de la Dirección de Pueblos Indígenas del MINSA.

### Objetivos específicos

1. Revisar la forma en que se ha problematizado la salud de los pueblos indígenas del Perú y las soluciones que nuestra red de actores ha ofrecido a esta problemática.
2. Identificar y analizar el rol de los principales actores que participaron en la problematización y sanción de las políticas de salud para pueblos indígenas del MINSA entre los años 2004 y 2016.
3. Presentar ciertos escenarios de crisis puntuales, que han configurado oportunidades de elección para el recambio en el diseño de las políticas de salud para pueblos indígenas del Perú; evaluar en qué medida fueron aprovechados y cómo influyeron en la construcción de las políticas de salud para pueblos indígenas en el Perú.
4. Identificar las coincidencias y divergencias entre estas corrientes, haciendo especial énfasis en el contexto que permitió la dación de la Política Sectorial de Salud Intercultural y la creación de la Dirección de Pueblos Indígenas del MINSA, y discutir sus consecuencias.

## **Metodología**

En este trabajo usamos dos fuentes de información: primero, información documental, constituida por las políticas públicas de salud para pueblos indígenas en el Perú, es decir, las normas, guías técnicas y otros documentos que buscan garantizar el derecho a la salud de los pueblos indígenas del Perú; segundo, información brindada por los propios actores de estas políticas públicas en el país.

Nuestra principal técnica para el levantamiento de la información es la entrevista semi-estructurada individual, nuestras herramientas son las pautas de entrevistas. También realizamos búsquedas bibliográficas en la base documental del MINSA y a través de otras fuentes públicas.

El primer capítulo presenta el estado del arte, el cual describe el escenario de las políticas públicas de salud para pueblos indígenas en América Latina. Nuestra fuente principal para este trabajo son documentos normativos e investigaciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Hacer esta presentación es importante pues nos permite ver en qué dirección se mueve el país con respecto a la región, y a qué velocidad.

Un segundo capítulo contiene el marco teórico de nuestra investigación. Una primera parte de este trata sobre los principales enfoques teóricos de la construcción de la agenda de políticas públicas. Una segunda parte aborda los distintos enfoques existentes respecto a la salud de los pueblos indígenas, dando especial énfasis a lo que acá hemos llamado *el campo de la salud intercultural*, que, como se verá al final del trabajo, reviste una importancia especial para la consolidación de las políticas de la salud para pueblos indígenas. En esta sección hacemos una revisión bibliográfica sobre formación de agenda y sobre cada uno de los enfoques de salud tratados.

A partir de esta parte la tesis desarrolla paso por paso las variables del modelo teórico de formación de agenda que hemos propuesto para el estudio. Estas son: los problemas - soluciones, los actores y las oportunidades de elección o ventanas de oportunidad.

El tercer capítulo nos presenta, primero, la problemática de salud de los pueblos indígenas y cómo esta ha sido conceptualizada, sea como brechas de salud, sea como desprotección de derechos. Inmediatamente después, se explica las soluciones que se han gestado frente a este problema, estas las hemos dividido en cuatro: la medicina tradicional, las soluciones incrementales (adecuación), el enfoque de determinantes sociales de salud y el enfoque de salud intercultural. Aunque no exhaustiva, esta es la parte más densa de toda la lectura que proponemos, al mismo tiempo es una sistematización que se hacía extrañar para el caso peruano, por lo que consideramos que el detalle acá puede ser una virtud más que un defecto. Cada sección de este capítulo repasa diversas políticas a partir de las dependencias del MINSA que las produjeron. Estas políticas son:

1. La Norma Técnica de Salud para la Transversalización de los enfoques de Derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad en Salud.
2. La Política Nacional de Salud Intercultural.
3. La Guía para Diálogos Interculturales.
4. La 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.
5. La Guía Técnica: Relacionamiento para casos de interacción con indígenas en aislamiento o en contacto reciente.
6. La Guía técnica: Atención de salud a indígenas en contacto reciente y en contacto inicial en riesgo de alta morbilidad.
7. El instructivo: Registrando los Códigos de la Pertenencia Étnica.
8. El Documento Técnico de la Estrategia Sanitaria de Pueblos Indígenas.
9. Los Análisis de Situación de Salud (ASIS) Indígena, elaborados por la Dirección General de Epidemiología (DGE) del MINSA.
10. La Norma Técnica de Parto Vertical, producida por la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ESNSR).
11. El Modelo de Atención para Pueblos Indígenas de la Estrategia Sanitaria Nacional de Tuberculosis.
12. El Plan Comunicacional para Pueblos Indígenas de la Estrategia Nacional de VIH.

El cuarto capítulo es un análisis del papel que han jugado distintos actores en el desarrollo de las políticas expuestas y en la formación de la agenda. Este capítulo se estructura alrededor del análisis de tres tipos de actores: la red de expertos, los políticos de políticas y las organizaciones indígenas. El capítulo además otorga un espacio especial a la presentación de la estructura de atención vertical del ministerio y cómo esta es parte del desencuentro con las concepciones de salud indígenas, más de carácter integral.

En este trabajo consideramos que la Red de asuntos, actores o expertos, es un elemento clave del tejido que sostiene la producción de políticas de salud para pueblos indígenas, aun cuando se trata de una red débilmente tejida y poco consciente de su propia importancia.

El tercer actor que nos interesa son las organizaciones de pueblos indígenas. La que más nos preocupa, por su nivel de representatividad, es AIDSESEP (Asociación Interétnica para el Desarrollo de la Amazonía Peruana).

Sobre las organizaciones indígenas, nos ha parecido muy importante remarcar la llamada *excepción peruana*. Comparado a lo sucedido en otros países del área andina, especialmente en Bolivia y Ecuador, en el Perú la etnicidad ha tenido poco peso en la conformación general de la agenda política nacional. Es importante hacer un repaso de este contexto, pues pensamos que también explica la debilidad de la participación de las organizaciones indígenas en el desarrollo específico de las políticas de salud, y que esta misma excepción está en el origen del incipiente avance en el desarrollo de las políticas de salud para pueblos indígenas en el Perú.

El capítulo cinco muestra aquellos escenarios que nos parece fueron propicios para impulsar la agenda de salud de los pueblos indígenas. Aquí se evalúa en qué medida estos escenarios fueron aprovechados. Los contextos a estudiar son: las protestas por la contaminación de la cuenca del río Corrientes en el año 2006, uno de los primeros reclamos indígenas de gran alcance mediático, con implicancias claras en el tema de salud; los avistamientos recurrentes de integrantes de pueblos indígenas en aislamiento entre los años 2011 y 2016. A nuestro juicio eventos también muy mediáticos y poco aprovechados para proponer una agenda de salud para pueblos indígenas; la promulgación de la Ley de Consulta Previa el año 2011 y el posterior proceso de la consulta de la Política Sectorial de Salud Intercultural entre los años 2013 y 2014, que configuran un punto de quiebre y abren una ventana de oportunidad para políticas de salud para pueblos indígenas de mayor alcance; y, finalmente, el proceso de reforma de la salud impulsado por el MINSA entre el 2013 y el 2015, que constituye clímax y cierre final de tal ventana de oportunidad. Se trabaja un caso a la vez, haciendo primero una reconstrucción del mismo por medio de información secundaria, para luego mostrar lo que significó cada uno de estos eventos para los actores involucrados en el desarrollo de las políticas analizadas en este estudio.

El último capítulo contiene nuestras conclusiones, las cuales se presentan a través de cinco acápite sobre algunos temas que consideramos centrales. El primer acápite hace un repaso de los encuentros y desencuentros entre la manera en que los problemas de salud para pueblos indígenas han sido planteados y las soluciones técnicas que los expertos ha

desarrollado, poniendo especial énfasis en el rol que el enfoque intercultural de la salud juega en un contexto cada vez más preocupado por el cumplimiento de un diverso marco de derechos.

En el segundo acápite exponemos la estructura de los actores en la conformación de las políticas y hacemos un análisis de las limitaciones inherentes a esta estructura. Inmediatamente después, en un tercer acápite tratamos las implicancias de la estructura vertical del MINSA en el éxito y legitimidad de las políticas de salud para pueblos indígenas.

En el cuarto punto exponemos cómo las distintas corrientes en la formación de la agenda han ido madurando, y cómo en ese proceso de maduración surgieron algunas ventanas de oportunidad, las cuales, con muchas dificultades, solo pudieron ser aprovechadas a partir del 2013 con la dación de la ley de consulta previa.

Al final de este capítulo, nuestro quinto punto expone la fragilidad de este campo de políticas públicas de salud para pueblos indígenas en el Perú, a través de un caso emblemático, el cual nos permite apreciar que en realidad este es un campo aún en formación.

## **CAPÍTULO I**

### **EL ORIGEN Y DESARROLLO DE LA AGENDA DE SALUD PARA PUEBLOS INDÍGENAS EN LA REGIÓN**

El presente capítulo expone el estado del arte de la política regional sobre salud para pueblos indígenas y analiza los principales informes oficiales de los organismos internacionales que han generado el marco para el desarrollo e implementación de políticas públicas nacionales.

#### **1.1 Origen de la política pública de salud para pueblos indígenas en la región**

La preocupación por el tema indígena toma mayor impulso durante la segunda mitad del siglo XX como producto de dos fuerzas de la globalización, una centrípeta que impulsa la concertación de marcos comunes de carácter internacional para la ampliación de derechos, fuertemente centrada en los organismos de Naciones Unidas y cuyo mayor interés es la mejora de las condiciones de inclusión; y otra centrífuga, que tiende a una multiplicidad de demandas de reafirmación de la diversidad de carácter local, impulsada en Latinoamérica sobre todo por organizaciones indígenas y más preocupada por el reconocimiento. Es claro que ambos enfoques son complementarios, la reafirmación cultural iguala las condiciones que posibilitan el diálogo<sup>2</sup>.

En el origen de las reivindicaciones indígenas el Grupo de Trabajo sobre Poblaciones Indígenas (1982), nacido dentro de la Subcomisión de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) para la Prevención de la Discriminación y la Protección de las Minorías, juega un papel muy importante, sobre todo en el reclamo por inclusión: “La filosofía dominante era la de acabar con la exclusión y la marginación y promover la integración y la igualdad entre todas las personas dentro de las sociedades nacionales. [...] Pero cuando intentó

---

<sup>2</sup> Al respecto se puede revisar el texto de Tubino referido en la bibliografía.

trabajar en el segundo aspecto de su mandato, centrándose en la protección de minorías, fue durante mucho tiempo ignorada por la comisión de Derechos Humanos” (Eide, 2010: 38).

Otra fuente de reivindicaciones indígenas, más preocupada por el reconocimiento, han sido las propias organizaciones indígenas, que entre los años ochenta y noventa del siglo XX comienzan a cobrar dimensiones transnacionales: “Herederas de décadas de interacción con los Estados y otros actores políticos, una nueva generación de líderes, organizaciones y redes hace su aparición en la escena latinoamericana de ese momento [...] A través de su progresiva integración en redes transnacionales indígenas como las ahora frustradas experiencias del Consejo Indio de Sudamérica (CISA), la Coordinación de Organizaciones Indígenas de la Cuenca Amazónica (COICA), o el más global Consejo Mundial de Pueblos Indígenas (WCIP).” (Rodríguez y Piñero, 2007: 185). Estas organizaciones son las que impulsan eventos de gran dimensión como el *I Encuentro Continental: Quinientos Años de Resistencia Indígena* (1990) en Quito, Ecuador, y la *Campaña Continental 500 años de Resistencia Indígena, Negra y Popular*, que se realizó en Estelí, Nicaragua, en 1992. Con estos antecedentes, la ONU declara en 1993 el *Año Internacional de las Poblaciones Indígenas del Mundo* y en 1994 el *Decenio Internacional de las Poblaciones Indígenas del Mundo* (OPS, 1997a). En este contexto la Organización Mundial de la Salud (OMS) desarrolla diversas acciones que se verán influidas por las dos tendencias señaladas.

Elaborado un año antes y justificado sobre una revisión contextual que muestra cómo los pueblos indígenas se han integrado históricamente de forma excluyente en las sociedades nacionales -lo que se aprecia en el racismo cotidiano, la destrucción de los ecosistemas donde viven, la inexistencia práctica de derechos políticos, entre otros-, el documento base del *I Taller Hemisférico sobre Salud y Pueblos Indígenas* (OPS, 1993a) apela a una mirada social de la salud, plantea necesidades específicas de los pueblos indígenas y presenta una interpretación de las prácticas propias de cuidado de la salud entre ellos.

El I Taller Hemisférico lleva poco después a *La Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas* (SAPIA), que identifica cinco principios que regirán el trabajo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y los Estados miembros con los pueblos: la necesidad de un enfoque integral de la salud, el derecho a la autodeterminación, el respeto y revitalización de las culturas indígenas, la reciprocidad en las relaciones y el derecho a la participación sistemática (OPS, 1993b: 1). Ese mismo año el Consejo Directivo de la OPS aprueba las propuestas contenidas en la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas y expresa su voluntad política emitiendo la resolución CD37.R5 (OPS, 1993c), que fuera ratificada en 1997 con la resolución DC40.R6 (OPS, 1997c). Además, se dará inicio a planes de acción de cuatro años, terminando el último el año 2007.

Para nuestro análisis tomaremos este conjunto de documentos, pues son los que guían el desarrollo de las políticas públicas de salud para Pueblos Indígenas de la región. De ellos se desprende otro grupo de textos más puntuales que repasaremos más adelante. Además, consideramos valioso sumar al análisis el documento *Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud*, producido por la División de Desarrollo de Servicios y Sistemas

de Salud de la OPS (OPS, s/fa). Sin embargo, dada la extensión de las propuestas que estos trabajos entregan, nos hemos atrevido a presentarlos en una tabla de síntesis:

Tabla N° 1. Propuestas centrales para el desarrollo de políticas públicas de salud de pueblos indígenas en América

Propuestas	SAPIA	CD37:R5	CD40.R6	PLAN: 95-98	PLAN: 99-2002	PLAN: 2003-2007	SILOS
1. Impulso al desarrollo de políticas públicas de salud nacionales e internacionales para poblaciones indígenas.		X	x	x	X	x	
2. Fortalecimiento de capacidades técnicas y administrativas de las unidades encargadas de las políticas de salud con poblaciones indígenas.		X	x	x			
3. Desarrollo y mejoramiento de sistemas de vigilancia de la salud de poblaciones indígenas y desarrollo de investigación.	x				X	x	x
4. Fortalecimiento del recurso humano con competencias para trabajar en contextos indígenas.	x					x	x
5. Desarrollo de un trabajo de protección del medio ambiente y mejoramiento de alimentación y vivienda, revalorando los conocimientos tradicionales.	x						x
6. Desarrollo de modelos de articulación entre sistemas de salud tradicionales y occidentales.	x	X	x				
7. Desarrollo de metodologías e instrumentos para la incorporación de la medicina tradicional.					X		
8. Impulso del trabajo intersectorial, sobre todo entre salud y medio ambiente.							
9. Impulso al trabajo y desarrollo de políticas conjuntas entre países.						x	x
10. Impulso de proyectos específicos en zonas indígenas claves, sobre todo por su situación de emergencia.	x						
11. Fortalecimiento de acciones de prevención y promoción con poblaciones indígenas y con enfoque intercultural.		x	x				x
12. Revisión de los códigos sanitarios buscando eliminar las medidas represivas y penales contra los terapeutas tradicionales.	x						x
13. Focalización en temas y problemas clave: mujeres indígenas, población migrante y de frontera, salud mental, contaminación, alcoholismo, enfermedades infecciosas, enfermedades de transmisión sexual, desnutrición y contaminación.	x			x			x
14. Fortalecimiento de la participación comunitaria de los pueblos indígenas y los terapeutas tradicionales.	x						

Elaboración propia en base a: OPS, sin fecha a: 15-16; 24-25; OPS, sin fecha b: 9.

Revisando la tabla presentada nos parece importante llamar la atención sobre el impulso central que significó Winnipeg y la iniciativa SAPIA. Al respecto, el documento Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud ensaya una revisión de los planteamientos de Winnipeg y, a nuestro juicio, los sintetiza de forma adecuada cuando dice: “Los pueblos indígenas deben retomar el control sobre el curso de sus propias vidas en los que la salud representa sólo una parte.” (Ibídem: 11). Para este documento esto implica retomar el control sobre la producción de bienes en general y de servicios sociales básicos en particular, pues esto conlleva “... romper con el ciclo de dependencia que ha perpetuado la pobreza, la discriminación racial y la marginación de la mayoría de los pueblos indígenas de la región.” (Ibídem: 12). Según los autores, para alcanzar esta meta la revaloración del saber indígena es de la mayor importancia, pero ello no debe inducir al aislamiento “... sino por el contrario, propiciar el trabajo conjunto para superar obstáculos comunes [...] estableciendo una relación interétnica e intercultural basada en la reciprocidad, el respeto mutuo y la convivencia” (ídem).

A partir del marco descrito hasta el momento, la OPS empezó a desarrollar diversos documentos para el apoyo en la implementación de sus recomendaciones. Para nuestro trabajo nos interesan sobre todo dos documentos elaborados por la División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud de la OMS, que se centran en el punto número seis de nuestro listado.

El documento Fortalecimiento y Desarrollo de los Sistemas de Salud Tradicionales (OPS, 1997 b) pone el acento sobre la accesibilidad, humanidad y el abordaje integral de los problemas de salud que posibilita la medicina tradicional, hace un llamamiento para la recuperación y conservación de este conocimiento tradicional y para una *evolución* del paradigma predominante en occidente hacia “... una concepción que abarque y respete otros conceptos de salud igualmente válidos y probados en la práctica.” (OPS, 1997b: 21).

El documento propone cuatro trabajos distintos: el desarrollo de un marco legal para los sistemas de salud tradicional; la complementación teórica por medio de la recuperación del conocimiento y los marcos conceptuales tradicionales, la complementación operacional a través del desarrollo de capacidades de los recursos humanos locales en interculturalidad y la promoción de la interculturalidad a través de herramientas de difusión.

Varios años más tarde el documento Armonización de los Sistemas de Salud Indígenas (OPS, 2002) retoma estas propuestas. Para los autores es importante que se entienda que armonización es sinónimo de concertación, y que en principio lo que se quiere armonizar son dos formas distintas de entender la salud, una académica y oficial: “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 2006: 1), y otra del lado indígena: “... [La] convivencia armónica del ser humano con la naturaleza, consigo mismo y con los demás, encaminada al bienestar integral, a la plenitud y tranquilidad espiritual, individual y social.”(OPS, 2002: 15).

Se plantea que debe haber tres planos de armonización: jurídica, conceptual y operativa. La primera debe buscar que los marcos legales favorezcan el acceso de las poblaciones indígenas a la atención de calidad y que se oficialice la contribución de los sistemas de salud indígenas en el mantenimiento de la salud de la población. La armonización conceptual está orientada al reconocimiento de saberes y busca “la comprensión de la complejidad y riqueza de las respuestas teóricas y prácticas, materiales y simbólicas que los sistemas de salud indígenas tienen en el mantenimiento y restauración de la salud” (OPS, 2002: 35). La armonización práctica está orientada al desarrollo de modelos de salud que tomen en cuenta las características culturales y perfiles epidemiológicos de la población.

## **1.2 Principales desarrollos nacionales**

En cada país de la región el desarrollo de las políticas públicas se ha guiado en gran medida por los trabajos presentados hasta el momento, intentando profundizar en diversos enfoques y adecuarlos a sus particularidades. Repasaremos los casos más importantes

En Ecuador, desde el artículo 44 de su Constitución Política, se establece que el Estado reconocerá y respetará el desarrollo de las medicinas tradicional y alternativa, cuyo ejercicio será regulado por la ley e impulsará el avance científico y tecnológico en el área de salud. Asimismo, el artículo 84 en su acápite 3.3, numeral 2, señala que se desarrollará y fortalecerá los: “... sistemas, conocimientos y prácticas de medicina tradicional” (Inuca y otros, s/f: 74). Ecuador creó la Dirección Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas (DNSPI) como una dependencia del Ministerio de Salud Pública, que tiene a su cargo la articulación e incorporación de las prácticas de medicina tradicional a las medicinas académicas, incentivar legislación sobre la materia de acuerdo a lo estipulado por la constitución y desarrollar la formación del personal indígena de salud tanto en medicina tradicional como académica. Sin embargo, algunos balances señalan a la DNSPI como “... una instancia administrativa (figurativa) sin ningún poder de decisión” (Ibídem: 75). También debemos señalar que el principal instrumento normativo de la salud ecuatoriana, la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud establece de manera constante una política de articulación en la diversidad, partiendo de principios de pluralidad y pluriculturalidad.

Ante la debilidad de la DNSPI, el año 2007 la Ley Orgánica de las Instituciones Públicas de Pueblos Indígenas del Ecuador crea la Secretaría Nacional de Salud Intercultural de las Nacionalidades y Pueblos Indígenas del Ecuador y le da una serie amplia de atribuciones sobre la definición del modelo, la promoción de la interculturalidad, el rescate de la medicina tradicional, la formación del recurso humano y el desarrollo de mecanismos para la operativización de la atención intercultural, entre otras. Sin embargo, esta ley que fue planteada una vez más en respuesta a las limitaciones de la DNSPI, por falta de decisión política a más de estar aprobada no ha entrado en vigencia.

En los planos conceptual y operativo y más en el nivel local, el Consejo Provincial de Pichincha ha desarrollado una propuesta de integración de los sistemas de salud tradicional y convencional para la organización del sistema provincial de salud, la ciudad de Quito ha creado el Concejo de Salud Intercultural Metropolitano, el Hospital Indígena de Chimborazo

ha incorporado la consejería y acompañamiento *kichwa* de los usuarios y en la provincia del Oro se desarrolla una experiencia de promoción intercultural de salud en pueblos migrantes *kichwas*, ubicados en zonas de frontera. Sobre las asociaciones de terapeutas indígenas, existen las siguientes: la asociación de *Yachacs* de Otavalo, la asociación de *Taytas y Mamas* de Ecuador y los Pre-consejos de hombres y mujeres de sabiduría de medicina tradicional indígena en 18 provincias del país (OPS, 2008: 163).

El caso boliviano, aunque más reciente, parece haber logrado mayor institucionalidad. Nuevamente, la constitución (artículo 18, acápite 3) reconoce la diversidad cultural y la necesidad de articulación: “El sistema único de salud será universal, gratuito, equitativo, intracultural, intercultural” (Choque: 97). El artículo 24 de la constitución establece que los pueblos indígenas tienen derecho a sus propias medicinas, a mantener sus prácticas de salud, conservar sus plantas y que tienen el derecho de accesos a los servicios de salud sin discriminación. El nivel de institucionalidad se puede constatar en la creación del Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad, siendo el centro de la propuesta el Modelo de Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural (SAFCI).

Al igual que todo el giro político acontecido en el vecino país desde fines del siglo pasado, el centro de esta nueva política es un fuerte componente de participación en todos los niveles: “Los pueblos indígenas tienen derecho a determinar y a elaborar prioridades y estrategias para el ejercicio de su derecho al desarrollo. En particular, los pueblos indígenas tienen derecho a participar activamente en la elaboración y determinación de los programas de salud [...] y en lo posible a administrar esos programas mediante sus propias instituciones.” (Choque s/f: 97).

Nos parece que Bolivia ha alcanzado un grupo interesante de conquistas, mencionaremos solo las más notables: la promulgación de la ley 1737 de los Medicamentos Naturales y Tradicionales; la creación de hospitales que integren la medicina tradicional en las localidades de Curva, Charazani, Amarete, Patacamaya, el Chapare y Huancollo; la creación de farmacias comunales con medicamentos tradicionales y occidentales; el reconocimiento de la Escuela de Salud del Chaco; las resoluciones del Servicio Departamental de Salud de Santa Cruz para el funcionamiento de consultorios de médicos tradicionales; y el decreto 0231, que da reconocimiento a las asociaciones de medicina tradicional. Finalmente, Bolivia cuenta con un número bastante amplio de asociaciones de terapeutas indígenas (OPS, 2008: 47).

El caso de Brasil es también de gran interés, desde 1999 existe un Subsistema de Salud Indígena dentro del Sistema Único de Salud (SUS). También en 1999, la Fundación Nacional de Salud (FUNASA) crea los distritos sanitarios especiales indígenas, que recibirán gran apoyo por parte de las diversas poblaciones. A partir del 2002 se cuenta con una Política Nacional de Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas y desde el 2004 con directrices para su gestión. Lo más significativo del caso brasilero, además de la creación del Subsistema de Salud Indígena es que los Distritos Sanitarios Especiales significaron una mejora significativa de la calidad de la información de la salud de la población indígena y se

mejoró significativamente la cantidad y la calidad del recurso humano, teniendo impactos en los logros de salud.

En nuestra región existen algunas otras experiencias puntuales menos institucionalizadas que no dejan de ser significativas. Tanto en Guatemala (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de la República de Guatemala) como en México (Secretaría de Salud de los Estados Unidos Mexicanos) se han generado lineamientos para el trato intercultural del personal de salud. En Nicaragua, a partir de la generación en 1987 de la Región Autónoma del Atlántico Norte, se ha ido configurando poco a poco un marco más acabado para la recuperación de la medicina tradicional y la instauración de prácticas interculturales (Cunningham, 2002); con la ley 691 Colombia ha reglamentado la participación de los grupos étnicos en el Sistema General de Seguridad Social. Finalmente, varios países coinciden en pasos más básicos, por ejemplo la adecuación de los espacios físicos (González, 2015: 12).

Estos trabajos nos permiten un marco comparativo básico entre las políticas regionales y las que expondremos para el caso del Perú. Sin embargo, como puede apreciarse, los trabajos presentados no estudian específicamente la formación de la agenda y se concentran en la dación de la norma y la generación de la estructura política que alberga la salud de los pueblos indígenas. Si bien nos dan un panorama de la situación en la región, no nos permiten apreciar que rol han jugado los actores y el contexto en el desarrollo de las políticas. Tampoco presentan un balance de sus límites y posibilidades ni nos exponen el marco contextual nacional en que se desarrollan o el rol de ciertos escenarios puntuales como oportunidades de elección. En ese sentido, pensamos que el presente trabajo contiene mayores elementos de análisis y provee de más insumos para futuras investigaciones que ayuden a identificar y tal vez superar dificultades en la generación de nuevas políticas.

## CAPÍTULO II

### TEORÍAS SOBRE LA FORMACIÓN DE LA AGENDA DE POLÍTICA PÚBLICA Y ENFOQUES EN SALUD PARA PUEBLOS INDÍGENAS

Nuestro tema puntual de estudio, la formación de agenda de las políticas de salud para pueblos indígenas, carece de un marco teórico específico, por ello nuestro marco es producto del encuentro de dos fuentes distintas: por un lado, la teoría sobre la formación de la agenda de políticas públicas; por el otro, los principales enfoques que explican qué es la salud para pueblos indígenas. En el primer caso proponemos usar un aparataje teórico ya establecido; en el segundo proponemos articular distintas categorías bastante trabajadas que componen el campo de la salud para pueblos indígenas, armando un marco adecuado a nuestra investigación. Pero antes de empezar con esto es necesario brindar una definición de política pública.

#### 2.1 Política Pública

Para la mayoría de nuestros entrevistados una política pública es entendida como una norma, sancionada por el Estado para responder a un problema de su sociedad civil. Más aún, en el tema que nos atañe se suele pensar que la única política pública de salud para pueblos indígenas es aquella de dación reciente que lleva el nombre de Política Sectorial de Salud Intercultural, uno de los productos de política que analizaremos en este trabajo.

Sin embargo esta visión es limitante, una política no es solo la dación de una norma, y menos una norma que asegura ser *la política* sobre el tema. Una política pública es un curso de acción que toma el Estado para afrontar un problema, puede tomar la forma de una norma de distinto nivel, un proyecto, un programa, un plan, una intervención, un conjunto de acciones puntuales. Más que la estructura formal que tenga, lo importante en la definición de la política pública es que esta debe cumplir con ciertos atributos, aquí tomamos algunos propuestos por Olavarría:

- El actor privilegiado en ellas es el Estado.
- Involucran una decisión fundamental sobre hacer o no hacer algo.
- Tienen una finalidad pública: los destinatarios son los ciudadanos.
- Se activan a través de decisiones de autoridades investidas con poder público.
- Involucran un conjunto de decisiones interrelacionadas.
- Afectan positiva o negativamente intereses.
- Requieren instrumentos, definiciones institucionales, organizaciones y recursos para ser implementadas.

Bajo esta definición amplia (Olavarría, 2007: 17-18) podremos abarcar un conjunto de políticas específicas, algunas que requirieron sanción ministerial y otras que requirieron un Decreto Legislativo, algunas que tomaron forma a partir de una norma técnica, otras cuya expresión formal son informes de investigación, planes de acción, manuales de implementación y generación de entidades administrativas.

## 2.2 Formación de la agenda de la política pública

Una buena definición de agenda nos la proporciona Luis Aguilar: "... el conjunto de problemas, demandas, cuestiones, asuntos, que los gobernantes han seleccionado y ordenado como objetos de su acción y, más propiamente como objetos sobre los que han decidido que deben actuar o han considerado que tienen que actuar." (Aguilar, 1993: 29). Aquí ya están presentes los dos principales elementos o *corrientes* que distintos autores, con diverso énfasis, han identificado como parte del juego de formación de la agenda: *los problemas y los actores*.

Antes de empezar a estudiar estas dos corrientes conviene hacer una aclaración inicial sobre el estudio de la formación de la agenda. Quisiéramos explicitar que nuestro acercamiento al estudio del proceso de formación de agenda parte de una crítica a la visión clásica del pluralismo político, cuya afirmación de que los intereses de una sociedad entran en competencia y son representados equitativamente por el sistema político, hoy podría resultarnos ingenua. Esta visión es coetánea al *mito de la racionalidad administrativa*, la creencia de que la toma de decisiones en política pública puede ser hecha y estudiada desde una lógica racional lineal, sin contingencias, sin darle peso a las subjetividades, tal como si la política pública se elaborara en un mundo sin contradicciones, tensiones y luchas, uno donde política y administración están claramente demarcadas.

Lo que muestra el repaso que sigue es que ambas visiones, la del pluralismo político y la de la racionalidad administrativa, no se corresponden al *tornadizo* proceso de las políticas públicas y, por tanto, tampoco al proceso de formación de la agenda. Dicho esto, pasemos a revisar qué dicen los principales autores sobre las principales *corrientes* de este proceso.

### 2.2.1 La definición del problema

La definición del problema es importante porque la manera como se le especifique delimita las posibles respuestas que se le pueden dar, e incluso los instrumentos con que se puede

resolver. Es decir, y esto es un punto clave, la definición del problema conlleva también la presencia de soluciones posibles (*alternativas de solución*), aunque para el análisis varios autores (entre ellos: Cohen, March y Olsen, 1973), prefieran tratar ambos conceptos por separado.

Pero, ¿qué es un problema? En política pública un problema es la expresión discursiva de una dificultad experimentada por un grupo de gente. Es decir, el problema, más que una entidad dada, es un campo en disputa, no todos deben o entienden una situación de forma similar. Lo que acarrea que los problemas no tengan una formulación definitiva y más bien sean *contingentes y tornadizos*, siendo usualmente llamados *wicked problems* (Aguilar: 56).

Acá el punto central es que los problemas cambian con el tiempo y cambian porque los actores que disputan la definición de los mismos cambian o se plantean nuevas definiciones. Incluso el mismo escenario determina que el problema requiera de una nueva definición.

Como puede verse, la definición del problema implica un encuentro o desencuentro de actores, algún tipo de confrontación. Es decir, los problemas se producen cuando ciertos acontecimientos se encuentran con los valores de los sujetos. Estas valoraciones atraviesan las propuestas de definición, conllevando a una competencia de los distintos actores involucrados en su definición.

La definición del problema pasa así a ser una actividad eminentemente política, donde: “La tarea de líderes, partidos y organizaciones es cómo hacer para que los que padecen inmediatamente la situación y otros grupos interesados pasen de la vivencia de la situación problemática al concepto del problema, a una definición para ellos plausible, convincente.” (Aguilar: 59). Los analistas de políticas también deben hacer esto, para pasar de la simple denuncia de la situación molesta a una definición que permita intervenir sobre ella. Un problema solo ganaría lugar en la agenda política formal luego de que sus proponentes “enganchan abogados adicionales, redefiniendo la cuestión” (Cobb y Elder, 1983: 44-47).

El planteamiento del problema es parte del juego de la intermediación política, a través de la definición del problema, los actores involucrados entran en competencia e intentan ganar un espacio para una nueva política pública. Así, los problemas “Deben ser planteados de manera que sean gubernamental-socialmente abordables con los recursos intelectuales, legales, fiscales, políticos y administrativos a su disposición.” (Aguilar: 60). Como señala Aguilar: “Difícilmente podría un gobierno democrático hacer suya una definición que no contara con el consenso político ciudadano, marchara en contra de la legalidad establecida, consumiera dudosamente los recursos públicos y escapara a formas de supervisión y cooperación social. La búsqueda apunta a definiciones teóricamente consistentes, culturalmente aprobables, y gubernamentalmente tratables” (Aguilar: 51).

Para concluir, podríamos decir que la definición del problema es la principal carta que se juegan los actores políticos en su labor de construir políticas públicas. Deborah Stone lo grafica claramente: “Conditions, difficulties, or issues thus do not have inherent properties that make them more or less likely to be seen as problems or to be expanded. Rather,

political actors deliberately portray them in ways calculated to gain support for their side. And political actors, in turn, do not simply accept casual models that are given from science or popular culture or any other source. They compose stories that describe harms and difficulties, attribute them to actions of other individuals or organizations, and thereby claim the right to invoke government power to stop the harm” (Stone, 1989: 282).

### 2.2.2 Los actores

Todos los autores involucrados en el estudio de la formación de la agenda señalan que los actores son el elemento clave de la misma. Los principales actores son los llamados empresarios de políticas, o lo que Timothy Cook llama “políticos de políticas”. Según Cook: “Politicians dictate conditions and rules of access and designate certain events and issues as important by providing an arena for them.” (Cook, 1998: 12). Para la formación de la agenda es clave “... que un actor político con capacidad para llevarlo al estadio de su procesamiento lo “compre” [el problema] o lo “adopte” como propio, esto es, que esté decidido a invertir recursos y capital político en ese asunto” (Aguilar: 12). Según Cobb y Elder un problema solo ganaría lugar en la agenda política formal luego de que sus proponentes enganchan abogados adicionales redefiniendo la cuestión.

Tradicionalmente el estudio de los actores políticos ha estado en manos de los politólogos, quienes privilegian una de las siguientes visiones: 1) ciertas élites capturan o se disputan el estado; 2) este es el producto de negociaciones de pluralismo por parte de grupos de interés, comités legislativos, etc. Sin embargo, desde el punto de vista del análisis de la política pública esto se matiza.

Una propuesta interesante es la *Red de cuestiones*, de Hugh Heclo, a quien le interesa mostrar que el gobierno no es la fachada de pocos intereses organizados. Para Heclo, a raíz del crecimiento de la intervención estatal y la mayor presión de grupos de interés, ha surgido la necesidad de una mayor solvencia técnica en el diseño de las políticas: “La política se desplazó hacia *las políticas*”, se consolidó la interdependencia entre política y administración y apareció la figura del *político de políticas* (Heclo, 1978). La famosa racionalidad técnica entra en juego.

Según Heclo, en el escenario descrito se gestan las redes de expertos, cuyos especialistas definen problemas y proponen soluciones, sea desde el lado del gobierno, de los privados o de la sociedad civil, todos forman parte de la misma red. Los integrantes de una red no son solo los expertos, son además los activistas de una política, y si llegan a una posición de liderazgo son los llamados políticos de políticas.

Aun siendo los empresarios de políticas el actor principal, otros dos actores participan también en distinta medida en la formación de la agenda: el público y los medios. Para Kingdon, que está más preocupado por el papel de las “élites políticas” (Kingdon, 1995: 200) (académicos, burócratas de carrera, *staff* del congreso y analistas que trabajan para grupos de poder) en la generación de las alternativas de solución, estos (público y medios) no

tienen mayor peso. Para el autor el proceso parece más bien diseñado para desalentar al público de engancharse en la deliberación.

Otros autores como Baumgartner y Jones coinciden con él en que estos actores no juegan un papel crucial, pero les dan un mayor peso en la definición de la agenda. Para ellos los medios son importantes porque si bien la indiferencia ciudadana causa la estabilidad política, siempre es posible que cambie. En una democracia el conflicto puede expandirse en cualquier momento, causando que la estabilidad previa pueda interrumpirse. (Baumgartner and Jones, 1993: 18-21). Esta posición es heredada, viene desde el padre de la formación de la agenda, E.E. Schattsneider, para quien *the crowd* es quien inclina la balanza en el proceso de formación de la agenda. Desde el punto de vista de Schattsneider, existen dos tipos de actores en el proceso de formación de la agenda, los actores políticos directamente involucrados y el público, que conoce solo tangencialmente el problema, pero que por su peso, y en su ejercicio ciudadano, puede ser determinante (Schattsneider, 1975).

Dicho esto, conviene revisar brevemente las propuestas teóricas de los diversos autores sobre el proceso de formación de agenda.

### 2.2.3 Explicaciones en uso sobre la formación de agenda

Desde el punto de vista clásico del pluralismo democrático, E.E. Schattsneider sostiene que la agenda es el establecimiento de prioridades dentro de la competencia del sistema democrático. Este parece ser el punto de partida de distintos estudiosos: Baumgartner and Jones, Cobb and Elder, Nelson, Stone, pero profundizando en aspectos específicos: definición de problemas, el involucramiento de grupos de interés, la atención de los medios. Además, cada uno de estos autores presenta, desde su lado, algún nivel de crítica a la idea de un juego democrático equilibrado.

Uno de los primeros autores en identificar las *corrientes* que intervienen en el proceso de formación de la agenda es Kingdon. Para él, tres corrientes independientes (problemas, políticas y políticos) convergen en momentos críticos para crear una *ventana de oportunidad*, teniendo como resultado el ingreso a la agenda de decisión (Kingdon, 1995). Las ventanas de oportunidad son esos momentos en los que los empresarios de políticas pueden juntar sus alternativas de solución a un problema. Sus alternativas de solución son el producto de un trabajo incremental paciente, estos empresarios de políticas viven a la espera del momento adecuado para ingresar sus propuestas al aparato gubernamental. La visión de Kingdon ha sido criticada justamente por no exponer en extenso cómo se forman estas ventanas de oportunidad, pareciendo ser un elemento azaroso o por lo menos contingente.

Frente a esa ausencia Baumgartner y Jones señalan que el proceso político, normalmente estable, se altera cuando un nuevo actor ingresa al escenario, esto es lo que hace posible el cambio, esto es lo que genera estas ventanas de oportunidad. Para estos autores, sin embargo, lo más común es la estabilidad en las agendas, es por ello que dan a su teoría el nombre de “equilibrio salpicado” (*Punctuated equilibrium*). Una posición similar se puede

ver en Cobb y Elder, para quienes un problema solo ganaría lugar en la agenda política formal luego de que sus proponentes enganchan abogados adicionales redefiniendo la cuestión.

Pero, ¿cómo se gana la atención e involucramiento de nuevos actores al punto de que se decidan a movilizar recursos por un nuevo problema? Para Bárbara Nelson existen cinco catalizadores: catástrofes, cambios tecnológicos y demográficos, una distribución inequitativa de recursos, crecimiento organizacional y la disposición estructural para el cambio (Nelson, 1984, 24). Es decir, el cambio contextual es de suma importancia.

#### 2.2.4 El modelo del Bote de Basura

Lo que parece quedar en claro es que, más allá de que una u otra de estas explicaciones contengan *él* factor determinante, todas esgrimen ciertas *corrientes* que interactúan entre sí, por ello nos inclinamos por la propuesta del *Modelo de Bote de Basura* de Cohen, March y Olsen. Cabe señalar que en su aplicación estos autores han dado un nivel de formalidad lógico matemático al modelo, que no se pretende intentar en este trabajo, donde el modelo es propuesto como estrategia heurística.

Desde esta aproximación, es apropiado entender el proceso de formación de la agenda como uno de toma de decisiones. Para casos como el que nos proponemos estudiar, donde la toma de decisiones es “difusa”, Cohen y March han ofrecido el *Modelo Bote de Basura* (Cohen *et al*, 1973), en el que las decisiones que conforman la agenda son el producto de la confluencia de algunas corrientes relativamente independientes: las personas, los problemas, las soluciones y las oportunidades de elección. Las decisiones son el resultado de intersecciones aleatorias entre estos elementos. Aun cuando este enfoque plantea que las decisiones son más casuales de lo que parecen, y por ello mismo ha sido criticado, “... el punto fundamental no consiste en que el acceso a la agenda gubernamental suceda por azar, sino que tiende a ser el producto de un complejo proceso que frecuentemente posee una estructura informal y laxa” (Elder: 83).

Sobre las distintas corrientes que intervienen en la formación de la agenda, nos interesa señalar que:

1. El flujo de personas busca señalar que el grado de control que puede ejercer una sola persona o una sola organización es limitado. Ciertos grupos o intereses casi siempre carecen de representación en el proceso de creación de la agenda. Dentro de estos actores son importantes la llamada red de asuntos públicos (Hecko), siendo los posibles actores: funcionarios públicos, grupos de interés organizados que se consideran demandantes legítimos y profesionales de las políticas dentro y fuera del gobierno. Estas personas u organizaciones detentan un derecho *presumido* que le permite participar en la construcción de la agenda.
2. El flujo de cuestiones (problemas y soluciones) señala que los subsistemas públicos funcionan, o bien a partir de un paradigma articulado, o bien por prácticas del pasado

y patrones rutinarios de administración. Al respecto: “... los problemas y las soluciones tienden a definirse a partir de modificaciones incrementales de políticas existentes. Problemas nuevos y redefiniciones importantes de las políticas, si caen fuera del dominio de estos subsistemas o desafían sus acuerdos básicos, difícilmente podrán abrirse paso y alcanzar lugar en la agenda formal.” (Elder: 90)

3. Un tercer elemento importante de la formación de la agenda es el flujo de las oportunidades de elección. Las condiciones que posibilitan la entrada de un problema a la agenda son fugaces y pasajeras y dependen del encuentro del problema, la solución y los actores. Ese momento en que un problema puede ser seleccionado como parte de la agenda es llamado la “oportunidad de elección”.

Del modelo del bote de basura nos interesan todas las corrientes: personas, problemas-soluciones y ventanas de oportunidad, pero además nos interesa ver un elemento más que no es preponderante en esta explicación ni en las de los otros autores presentados, esto es el elemento contextual. Este elemento circunscribe a los actores tanto estatales como de la sociedad civil. Aquí repasaremos los límites a la inclusión de actores del modelo político vigente. Estamos pensando que por definición los modelos políticos pueden ser más o menos inclusivos con los actores en el juego de la formación de la agenda, este es el caso del modelo vertical de salud del Estado peruano. Un segundo punto es que la agenda de los actores tiene un marco histórico que la posibilita o limita, este es el caso de la formación de la identidad indígena en el Perú y de su rol limitado en la generación de una etnopolítica. En ese sentido un marco teórico que se limite a presentar a los actores fuera de un marco temporal y que no profundice en su historia y su relación con la definición de los problemas, nos parece insuficiente.

### **2.3. Enfoques de salud para pueblos indígenas: de las soluciones incrementales (adecuación) a la salud intercultural**

Nuestro objetivo en esta sección es hacer una presentación de las principales categorías usadas en lo que respecta a la salud de pueblos indígenas, proponiendo que la más acabada de ellas y la más cercana a un enfoque de derechos es la de salud intercultural.

Esta exposición se hace necesaria pues en secciones específicas del documento se discutirá cómo estas categorías han sido llevadas a la práctica, es decir, cómo ellas han sido convertidas en soluciones a la problemática de salud de los pueblos indígenas.

#### **2.3.1 Soluciones incrementales (adecuación) para la salud de pueblos indígenas**

En su texto clásico *La Ciencia de Salir del Paso*, Charles Lindblom argumenta que en políticas públicas las decisiones adoptadas difieren solo marginalmente de las ya existentes, los tomadores de decisiones políticas no harían un ejercicio racional de opciones, pues en campos de gran complejidad esta es una tarea imposible, lo que ellos harían son *comparaciones limitadas sucesivas* (Olavarría, Mauricio, 2007). Esto no se debe solamente a un tema de capacidades limitadas de los tomadores de decisiones sino a que lo que prima

es lo políticamente viable y no necesariamente la búsqueda del objetivo técnico deseado. Algunas otras razones presentadas por el autor son: los recursos disponibles son limitados, lo que hace apostar por lo ya conocido y no la incertidumbre; los métodos burocráticos de toma de decisión inhiben la innovación y refuerzan la continuidad.

En salud relacionada a pueblos indígenas las soluciones incrementales apuntarían a seguir haciendo lo que ya se hace pero extendiéndolo a otros grupos poblacionales a los que antes no se llegaba. Estaríamos frente a una solución incremental cuando una práctica en salud es simplemente exportada a poblaciones indígenas, por ejemplo, llevar vacunas a donde no se llevaban antes, ampliar la red de servicios poniendo más instalaciones, personal o medicamentos donde antes estos no existían. Como se puede ver, las soluciones incrementales en salud para pueblos indígenas están estrechamente relacionadas a la superación de barreras de acceso a la salud.

Tomando en cuenta que una de las principales barreras en salud para pueblos indígenas es la cultural, la solución incremental suele asumir cierto color al que se le conoce como *adecuación*. En su informe defensorial N° 169, La Defensa del Derecho de los Pueblos Indígenas Amazónicos a una Salud Intercultural, la Defensoría del Pueblo del Perú establece la siguiente diferencia entre adecuación y pertinencia:

Tabla N° 2. Comparación entre adecuación cultural y pertinencia cultural

Adecuación cultural	Pertinencia cultural
Proceso predominantemente unidireccional desde la oferta.	Proceso democrático de interacción bidireccional.
Busca la aceptación de una propuesta desde una cultura (hegemónica) hacia la otra.	Construcción social, participativa entre interactuantes.
Puede buscar la imposición, o llegar a Ella.	Busca el consenso mediante el diálogo entre culturas.
Preponderante interés en la calidad técnica para el cumplimiento de metas.	Interés en la calidad técnica y humana.

Defensoría del Pueblo 2015. Pág. 104.

En la práctica la adecuación cultural, si bien es un paso adelante, es un paso mínimo que pone lo técnico por encima del derecho a la diferencia y al servicio por encima del usuario. No toda práctica de adecuación es negativa, pero esta debe ser asumida como un primer paso hacia un servicio con pertinencia, es decir un servicio intercultural.

### 2.3.2 Medicina tradicional

Definir lo que es medicina tradicional puede parecer problemático. Bajo ese rótulo se suelen agrupar diferentes prácticas curativas desarrolladas en el marco de la denominada *medicina no académica*; y, a consecuencia de ello, es utilizado como sinónimo de medicina popular, medicina folklórica, medicina naturista, entre otros (Carmona, 2009). Por otro lado, la referencia a lo tradicional da lugar a una visión estática de la sociedad en cuestión,

descartando cualquier posibilidad de incorporación de elementos de otras tradiciones médicas en el repertorio de respuestas frente a las enfermedades (Delgado Súmar, 2001a), e, incluso, puede asociarse con una resistencia al cambio por parte de la población (Menéndez, 1994).

A pesar de esas dificultades, contamos con dos definiciones que pueden ser de utilidad para esclarecer el panorama.

1. Para la Organización Mundial de la Salud, la medicina tradicional es la suma de conocimientos, capacidades y prácticas desarrolladas en un determinado contexto cultural con el objetivo de prevenir, diagnosticar, mejorar o tratar distintas enfermedades, teniendo como base las teorías, creencias y experiencias de la población (OMS, 2013).
2. El Centro Nacional de Salud Intercultural (CENSI) del Instituto Nacional de Salud (INS) elaboró el Documento Técnico *Diálogo Intercultural en Salud*, en el que define la medicina tradicional como “el conjunto de prácticas, enfoques, conocimientos y creencias sanitarias diversas que incorporan medicinas basadas en plantas, animales y/o minerales, terapias espirituales, técnicas manuales y ejercicios aplicados de forma individual o en combinación para mantener el bienestar, además de prevenir, diagnosticar y tratar las enfermedades” (INS, 2014: 14). La definición del INS reconoce, además, la importancia de lo ritual, la cosmovisión, las particulares concepciones de salud/enfermedad, los criterios de legitimación, los procedimientos y los agentes inmersos en la medicina tradicional.

Entonces, en síntesis, podemos decir que la medicina tradicional es un conjunto de conocimientos y prácticas sanitarias no desarrolladas en el seno de la medicina oficial o convencional. Está basada en la cosmovisión y cultura particular de cada sociedad, es reconstruida constantemente a partir de la interacción con elementos de otras tradiciones médicas, y transmitida oralmente entre generaciones. Es ejercida por especialistas reconocidos y legitimados, quienes manejan un repertorio de recursos terapéuticos para el diagnóstico, tratamiento y prevención de distintas enfermedades.

### 2.3.3 El enfoque de los determinantes sociales de la salud

Según el Informe Final de la Comisión de la Verdad y la Reconciliación del Perú (IFCVR), entre 1980 y el año 2000 la violencia política causó la muerte de 69 780 personas. Sin embargo, si la violencia hubiera tenido en todo el territorio nacional el impacto que tuvo en el departamento de Ayacucho, su lugar de origen, las muertes hubieran ascendido a 1.2 millones (CVR, 2003: 162). Con esta comparación el informe remarca que la violencia recayó sobre todo en la población más marginada, de origen rural, andino y amazónico, y especialmente indígena.

Tal como nos recuerda de manera contundente el IFCVR, la pertenencia a un pueblo indígena suele implicar una posición desventajosa en la sociedad, tal como recordamos al

reparar las palabras del ex presidente del Perú Alan García Pérez en la introducción de este trabajo: “Estas personas no son ciudadanos de primera clase”.

Según el informe *Salud en las Américas*, la estratificación social determina inequidades en la salud mediante exposición diferencial a riesgos y a través de vulnerabilidades diferenciales; la raza y el grupo étnico son determinantes estructurales de la salud: “La discriminación y la exclusión racial y étnica afectan todas las esferas de oportunidades a lo largo de la vida, incluidas las relacionadas con la salud” (OPS, 2012a: 17).

Como se verá en este trabajo, una de las conceptualizaciones importantes de la problemática de salud de los pueblos indígenas la presenta como una consecuencia de determinaciones sociales, inmediatas, intermedias y estructurales. No se trata de un enfoque errado, pero su carencia es que sigue muy apegado al problema de superar las brechas en salud y la falta de acceso y por ello puede, al igual que el enfoque de soluciones incrementales caer en la solución de la adecuación. Ciertamente, este no es el caso de los responsables de la política que analizaremos en este trabajo, es más el riesgo cuando esta cae en manos de otros actores.

#### 2.3.4 Salud intercultural

Hay un sentido común según el cual la interculturalidad es el diálogo entre culturas, por tanto la salud intercultural podría entenderse como el diálogo entre el modelo médico occidental y el modelo indígena. Roberto Campos define la salud intercultural como “... la práctica y el proceso relacional que se establecen entre el personal de salud (médicos, enfermeras, etc.) y los pacientes (y sus familiares), en el que ambas partes pertenecen a culturas diferentes, y en el que se requiere de un entendimiento recíproco para que los resultados del contacto (consulta, intervención, orientación) sean satisfactorios para ambas partes” (Campos: 36).

Lucca Citarella, revisando la definición anterior, propone un “punto de vista más operativo” (ibídem: 16), según el cual la interculturalidad en salud se traduce en dos ámbitos:

1. Acciones cuyo propósito es la valorización de la medicina tradicional y su recuperación y uso en el sistema de atención pública;
2. Acciones de *adecuación intercultural* que pretenden adaptar el servicio institucional de salud a las creencias y prácticas de la población originaria.

La propuesta de Citarella nos parece más útil pero insuficiente, pues no problematiza un campo complejo, un campo en disputa donde difícilmente se divisa un claro ganador.

En este campo en disputa una primera posición pone el mismo tema del diálogo en un segundo plano. Desde esta postura el diálogo solo es posible una vez que se establezcan las condiciones para este. La interculturalidad es un campo de lucha política y su principal reivindicación es el discurso indígena. Catherine Walsh, analizando tanto el discurso de la CONAIE como el movimiento indígena ecuatoriano, señala que la interculturalidad es un

“principio ideológico [...] clave en la construcción de una “nueva democracia”- “anticolonialista, anticapitalista, antiimperialista y antisegregacionista” – que garantiza “la máxima y permanente participación de los pueblos y nacionalidades (indígenas) en las tomas de decisión y en el ejercicio del poder político en el Estado plurinacional” (Walsh, 2007: 20).

Una definición menos reivindicativa y más centrada en el diálogo, intentará desentrañarlo en tanto proceso con dos dimensiones, una política y otra personal (Albo, 2010). Una, por tanto, se puede observar en momentos tales como la relación médico-paciente y es el espacio donde los prejuicios de ambos actores juegan más directamente; otra requiere analizar políticas públicas y desentrañar las concepciones de base que las estructuran.

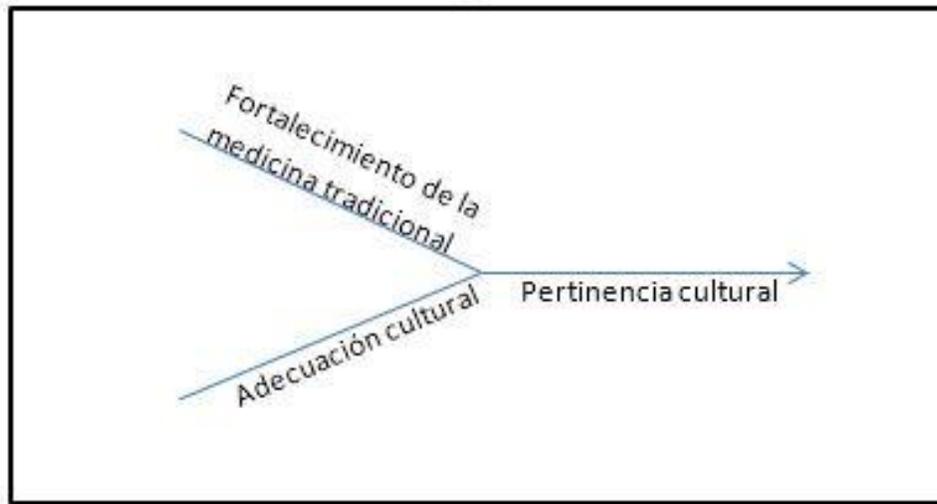
Desde el punto de la política pública el objetivo de la interculturalidad es garantizar derechos, desde el punto de vista de la persona es establecer relaciones de tolerancia, pero sobre todo de respeto. En ambos casos el objetivo supremo es el enriquecimiento mutuo, lo que trasciende la simple tolerancia y por tanto reclama respeto. Aquí la interculturalidad es “auto recreación transcultural: regresar a nosotros después de habitar las miradas de otros, ponernos experiencialmente en perspectiva...” (Hopenhayn, 2000: 4).

Imaginemos dos personas viviendo cada uno en la cúspide de una montaña, en tal circunstancia conocer al otro implica: 1) remontar la propia montaña, pero esta no es una montaña geográfica, sino básicamente una montaña construida por nuestros valores, creencias, prácticas, emociones, historia, y 2) subir la montaña del otro, un ejercicio que implica la auto transformación, que significa definitivamente ganar algo pero también perder, perderse en el camino para luego encontrarse siendo otro.

Dicho esto, lo que proponemos es concebir la salud intercultural como un campo donde se ejercita un continuo de opciones, más o menos encaminadas a garantizar el derecho a la salud, a la generación de condiciones para el diálogo, y al diálogo mismo. Este campo se compone por tres elementos, los dos primeros, ya mencionados por Citarella, son el fortalecimiento de la medicina tradicional o el respeto por el pluralismo médico y la adecuación cultural, el tercero es lo que suele llamarse pertinencia cultural.

El fortalecimiento de la medicina tradicional y otras formas de curación tiene que ver con la reafirmación cultural, condición necesaria para establecer un diálogo de iguales. La adecuación cultural, antes presentada según la definición del informe defensorial N° 169, también ha sido definida en forma más resumida como “de manera unidireccional, es decir, desde la visión del personal de salud con la única intención de atraer, imponer o conseguir algo para el servicio de salud.” (UNFPA: 40). La pertinencia cultural se presenta como una respuesta a esta última y tiene por premisa justamente el diálogo. Si bien pertinencia es un sinónimo de adecuación, busca superar la unidireccionalidad de esta. La pertinencia por ello implica la adecuación pero la supera, como también implica y supera el fortalecimiento de la medicina tradicional, se trata de un paradigma nuevo pero que tiene un nivel de superposición con los dos paradigmas previos. Como resumen entregamos un diagrama que pensamos resume lo que acabamos de presentar.

Ilustración N° 1. El campo de la salud intercultural



Elaboración propia.

## CAPÍTULO III

### EL FLUJO DE CUESTIONES DE LA SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS

En este capítulo presentaremos cómo han sido planteados los problemas de salud de los pueblos indígenas y qué tipo de respuestas han tenido; es decir, repasaremos los encuentros y desencuentros en el *flujo de cuestiones*.

#### **3.1 Una situación, dos problemas estrechamente vinculados**

El problema de la salud de los pueblos indígenas suele estar ausente de la agenda pública, este aparece comúnmente como subsidiario de la problemática más general de los pueblos indígenas, o como subsidiario del problema específico de la contaminación en territorios indígenas. Sin embargo, en algunos pocos casos podemos apreciar su expresión propia.

Consideramos que el problema suele presentarse enlazando a dos enfoques diferentes, pero siempre hermanados: el enfoque de brechas de la salud y el enfoque de derecho a la salud. Para visibilizar estas dos entradas visitaremos brevemente la última versión de dos documentos de consulta usual a la hora de analizar el estado de la salud indígena en Perú: el Informe Defensorial sobre el Estado de Salud de la Población Indígena Amazónica (Defensoría del Pueblo, 2015), preparado por la Defensoría del Pueblo del Perú, y el Estado de la Niñez Indígena (UNICEF, 2010), siendo ambos un buen ejemplo de lo que queremos evidenciar.

Según el Informe Defensorial sobre el Estado de Salud de la Población Indígena Amazónica, los pueblos indígenas se encuentran actualmente en un estado de acumulación epidemiológica, pues además de las enfermedades infecto-contagiosas recurrentes se ha advertido morbilidades que se desprenden de cambios como la urbanización, la migración y la contaminación. Es decir, se combinan enfermedades más comunes en ámbitos rurales no impactados por la modernidad y enfermedades crónicas más comunes en las ciudades.

Esta es una característica usual en muchas poblaciones indígenas, que no solo atraviesan una transición epidemiológica sino una equivalente transición cultural, donde patrones tradicionales se superponen a patrones modernos y crean condiciones de cultura heterogénea.

El Informe Defensorial pone especial énfasis en las enfermedades contagiosas en población indígena, entre ellas el VIH/SIDA y la tuberculosis (TB). Sobre el primero señala: “dadas las características económicas y socioculturales de los pueblos indígenas, la epidemia podría generalizarse rápidamente” (Defensoría del Pueblo, 2015: 34) y sobre la tuberculosis señala: “... si bien los pueblos indígenas son una minoría del total de contagiados, cuando la enfermedad llega a una población no expuesta (como la indígena) se presenta de forma más agresiva” (Ibídem: 35). Respecto a las infecciones de transmisión sexual lo más preocupante es el incremento de casos de VIH. Asimismo, dos problemas de alta incidencia fueron la desnutrición infantil y la desatención de la salud mental, ligada a menudo a casos de suicidio.

Los problemas de salud de la población indígena se presentan como vinculados al acceso y la disponibilidad de los servicios de salud. Estos no solo suelen encontrarse entre varias horas y varios días de distancia de las comunidades campesinas o nativas, sino que carecen de personal suficiente o de personal que domine el idioma local, o en su defecto personal que conozca la realidad y que haya recibido formación en salud intercultural. En muchos casos la población carece del Seguro Integral de Salud (SIS), los establecimientos suelen estar también mal equipados, a veces sin servicios básicos, sin equipamiento diagnóstico y sin medicinas o vacunas suficientes. Asimismo, los establecimientos cuentan con insuficiente capacidad logística y de transporte, lo que dificulta la referencia de las emergencias.

El objetivo principal del informe de la Defensoría del Pueblo es: “Evaluar el cumplimiento de las obligaciones de respetar, proteger y cumplir con el derecho a la salud en la prestación del servicio a los pueblos indígenas amazónicos” (Ibídem: 12). El marco conceptual de dicho informe no deja duda de que la meta central de la defensoría es ayudar a garantizar el derecho a la salud, y que su levantamiento de información sobre brechas apunta en esa dirección. Para ello el informe repasa la que considera la principal normativa al respecto, es decir la Constitución Política del Perú, El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Pidesc) y la Primera Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud de Ottawa (Canadá), entre otros.

Por su parte, el Estado de la Niñez Indígena del Perú contiene información valiosa para evidenciar la relación etnicidad-salud. Según este informe la desnutrición crónica en niños menores de 5 años al 2009, que a nivel nacional era de 18 %, crece especialmente en las regiones con más de 25 % de población con lengua materna originaria: Huancavelica (43 %), Cusco (32 %), Ayacucho (31 %). El porcentaje de adolescentes de 15 a 20 años con al menos un hijo nacido vivo al 2007, según lengua materna, va como sigue: castellano (15 %), quechua (20 %), asháninka (44 %), otras lenguas originarias (39 %). En el mismo sentido de la información precedente, el acceso a agua mejorada para menores de 18 años según

lengua materna es, en promedio: 68 % (castellano), 28 % (aymara), 37 % (quechua) y 12 % (otras lenguas originarias) (UNICEF, 2010).

Otros estudios reiteran estos hallazgos para poblaciones específicas. Una investigación más reciente de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), sobre salud y nutrición en niños menores de cinco años en las provincias de Bagua y Condorcanqui de la región Amazonas<sup>3</sup>, nos permite comparar a la población indígena y no indígena. En lo relativo al abastecimiento de agua potable, mientras el 20 % de la población no indígena carece del servicio, esta cifra se eleva a 61 % en la población indígena. Con respecto a la disposición de excretas se puede apreciar que el acceso a un servicio adecuado es de 42 % en población no indígena y de solo 3 % en población indígena. Esta misma relación se reitera en diversos indicadores, por ejemplo: cobertura de control de crecimiento (61 % no indígena – 44 % indígena); parto institucional (61 % no indígena – 14 % indígena); prevalencia de desnutrición crónica (22 % no indígena – 56 % indígena) (OPS, 2012b). Información similar se compila para otros pueblos por parte de investigaciones de distintos sectores del Estado, centros de investigación y organismos no gubernamentales.

El Informe sobre la Niñez Indígena de UNICEF recurre a argumentos similares a los de la Defensoría, es decir, señalando tanto la situación de brechas como respaldándose en la desatención al cumplimiento de derechos; por ejemplo, el informe señala que “En el Perú aún persisten grandes disparidades en el cumplimiento de los derechos según el lugar donde viven y el origen étnico que tienen” (UNICEF, 2010: 7), pero además: “Los avances medidos a nivel del promedio nacional, sin embargo, tienden a esconder las difíciles condiciones en las que viven los niños, niñas y adolescentes peruanos al interior del país [...] Como el presente estudio lo demuestra, son los niños, niñas y adolescentes de origen indígena, indiscutiblemente, quienes viven en una situación más vulnerable en el país” (ídem).

Estos estudios son solo una muestra de una forma de presentar el problema que repiten los distintos actores. Tal vez sería justo señalar que una tercera dimensión suele acompañar, aunque de forma indirecta, estas dos entradas, esta tercera dimensión consiste en señalar explícita o implícitamente el vínculo entre los problemas de brechas y derechos y los niveles de pobreza, es decir, la tercera dimensión en la presentación del problema es el *desarrollo*, sobre todo desde una categoría económica.

### **3.2 La gallinita ciega, ¿con qué le pegamos?**

Las respuestas preparadas dentro del Estado a la problemática expuesta son construidas alrededor de categorías aún más específicas y técnicas que las que hemos visto al señalar los problemas, y no son respuestas necesariamente hermanadas de manera directa con la presentación de la problemática.

---

<sup>3</sup> Dónde habitan los pueblos indígenas awajún y wampís.

Como señalamos al abordar el marco teórico, en políticas públicas un problema es la expresión discursiva con la que se asume una dificultad experimentada por un grupo de gente. Asimismo, en dicha sección presentamos cuatro tipos de soluciones distintas con las que la problemática de salud para pueblos indígenas ha pretendido ser enfrentada en Perú.

Nuestra exposición de estas categorías se organizó según la complejidad de las respuestas, tomando las soluciones incrementales como las respuestas más básicas y la salud intercultural como una respuesta técnicamente más elaborada.

En esta sección abordaremos cada uno de estos discursos con una ligera variante en el orden, organizando la exposición en términos históricos para facilitar la lectura. Por ello, la primera respuesta abordada es el esfuerzo por el fortalecimiento de la medicina tradicional elaborado por el Inmetra, que constituye los antecedentes de la salud para pueblos indígenas en el Perú. Las siguientes dos respuestas se han desarrollado sin mayor diferencia en el tiempo, estas son las soluciones incrementales (adecuación) para pueblos indígenas, y el enfoque de determinantes sociales de la salud. Si bien la primera de estas dos presenta el caso de la Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical, la exposición dará cuenta de cómo en el servicio una práctica de medicina tradicional ha sido asumida por el sector y despojada de sus vínculos con la misma medicina tradicional, tomando una posición para dar a luz como estrategia instrumental para extender un servicio tradicional, ciertamente adecuado culturalmente, a población excluida, en este caso indígena, pero también no indígena. Al estudiar la tercera respuesta, el enfoque de los determinantes sociales de la salud, mostraremos que no se ha podido trascender la investigación. La cuarta respuesta es la salud intercultural y es a la que dedicamos más espacio.

Como puede notarse, todas estas respuestas tienen algo que aportar a la salud de los pueblos indígenas. Al repasar en el siguiente capítulo los distintos actores que están involucrados en este trabajo, terminará de quedar clara la metáfora que hemos propuesto como título de esta sección, es decir, que existen distintas respuestas o soluciones con las que acometer la problemática de la salud indígena, y que los responsables de tal trabajo eligen una u otra, pero que en gran parte del recorrido van dando palos de ciego, golpeando a veces su objetivo sin poder apoderarse del premio, tal como sucede en las fiestas infantiles con el juego de la gallina ciega.

Al igual que en este juego, lo que veremos a lo largo del trabajo es que *dar el golpe de gracia* solo ha sido posible tras un trabajo acumulativo en el que las respuestas han ido refinándose y volviéndose más técnicas y los expertos han ido adquiriendo más experiencia a lo largo del tiempo; y, sin embargo, estos logros son frágiles, en realidad, en el momento de acercarnos a recoger el premio este puede terminar siéndonos arranchado de las manos.

### 3.2.1 Medicina tradicional: el Inmetra

El Inmetra (Instituto Nacional de Medicina Tradicional) nace a consecuencia del Segundo Congreso Internacional de Medicina Tradicional en 1988, pero logró concretarse recién en 1991, tomando la forma de Organismo Público Descentralizado. Presentamos el Inmetra en

tanto antecedente de las políticas de salud para pueblos indígenas, pues, propiamente, ellos desarrollaron investigación y docencia desde el mundo de la academia vinculada al Estado.

Según el Decreto Legislativo N° 584, que establecía la organización del Ministerio de Salud al año noventa: “El Instituto Nacional de Medicina Tradicional, es el organismo encargado de coordinar y proponer la política de medicina tradicional, así como desarrollar la investigación, docencia, normación y la integración de la medicina tradicional con la medicina académica para contribuir a elevar el nivel de salud de la población. Cuenta con un Consejo Directivo y se rige por su reglamento de Organización y Funciones aprobado por Decreto Supremo” (D.L. 584: 9).

A nivel interno el Inmetra estaba constituido por tres direcciones generales: Dirección General de Docencia, Capacitación y Extensión Educativa, Dirección General de Investigación y Desarrollo de Tecnología, y la Dirección General de Programas, Normas y Servicios.

Según Manuel Fernández Iburguen (Fernández, 1994), ex sub jefe del Inmetra, sus principales actividades fueron:

- Creación de diversas filiales en el país para “rescatar la rica flora medicinal de cada región”. El Inmetra llega a tener filiales en las siguientes regiones: Huancayo, Piura, Chiclayo, Huaraz, Arequipa, Pucallpa, Cajamarca, Jauja, Trujillo, Tarma y Huacho.
- Dictado de cursos y conferencias sobre medicina tradicional y desarrollo de encuentros sobre el mismo tema en las principales universidades de nuestro país.
- Publicaciones sobre plantas medicinales, medicina tradicional y su articulación con la medicina oficial.
- Investigación sobre principios activos de plantas, etnomedicina y etnobotánica, modelos de articulación de la medicina académica con la medicina tradicional, proyectos de normativa sobre medicina tradicional, construcción de un jardín botánico, transferencia tecnológica para la instalación de biohuertos y Jardines botánicos.

Lo más interesante del Inmetra, además de todo el trabajo que desarrolló sobre medicina tradicional es que, al ser un Organismo Público Descentralizado, contaba con autonomía normativa y financiera. Además, podemos apreciar que, al ser su tema de trabajo específicamente la promoción de la medicina tradicional, la visión de la institución era menos debatible y quedaba muy claro para sus integrantes cómo desarrollarla. Todo esto le daba al Inmetra mayor fuerza institucional, pero bajo un enfoque que probablemente no responde a los requerimientos actuales, ahora que el diálogo es parte fundamental de las necesidades de relacionamiento entre el Estado y las poblaciones rurales en general. El año 2002 el Inmetra se transforma en Centro y pasa a estar adscrito al Instituto Nacional de Salud.

Siendo un antecedente de nuestro estudio, El Inmetra no llega a desarrollar una respuesta basada en la medicina tradicional al problema de la salud de los pueblos indígenas. Sus

funcionarios eran científicos preocupados por la investigación, específicamente por la compilación del conocimiento de la medicina tradicional. Además, su existencia transcurrió en un escenario en que el *choque* entre Estado y Pueblos Indígenas era menos marcado, siendo esta otra de las razones por las que no se desarrollaran respuestas a los problemas de brechas y derechos en salud de los pueblos indígenas.

### 3.2.2 Soluciones incrementales (adecuación) en salud para pueblos indígenas:

#### a) El Centro Nacional de Alimentación y Nutrición Saludable – CENAN

El CENAN es un órgano de línea del Instituto Nacional de Salud, el instituto rector en la investigación para el Ministerio de Salud. La principal función del CENAN es el sistema de vigilancia nutricional. A nivel interno el CENAN está constituido por tres direcciones: La Dirección de Vigilancia Alimentaria Nutricional, la Dirección de Ciencia y Tecnología de los Alimentos, y la Dirección de Prevención del Riesgo del Daño Nutricional.

EL CENAN ha desarrollado diversos trabajos en los que muestra su preocupación por las prácticas alimentarias de los pueblos indígenas: se ha desarrollado investigación sobre alimentación en niños de la selva (machiguengas, asháninkas, shawis) y se han publicado libros con recetas de comidas de cada pueblo, incluyendo además el valor nutricional de cada receta.

El CENAN desarrolló un estudio nutricional entre población asháninka y awajún (Huamán y Valladares, 2004) y otro estudio nutricional entre población shipibo y chayahuita. Ambos estudios apuntan a obtener información específica sobre el estado nutricional en niños menores de tres años y Mujeres en Edad Fértil (MEF) de ambos pueblos, evaluando: el indicador de talla/edad en niños, el índice de masa corporal en mujeres, los niveles de hemoglobina para ambos y las características del consumo de alimentos según un instrumento adaptado de la *Encuesta Nacional de Consumo de Alimentos en MEF (Mujeres en Edad Fértil) y niños menores de 12 a 35 meses*. Además, los estudios incluyen un componente cualitativo a través de la recuperación de historia oral (Huamán y Valladares, 2004: 14).

Se puede argumentar que el CENAN propiamente no ha desarrollado intervenciones para producir cambios en la salud de los pueblos indígenas, sin embargo, nos resulta una institución interesante por su preocupación en la búsqueda de información diferenciada por pueblos y estrategias para mejorar el estado nutricional de los pueblos indígenas.

El CENAN señala que el sistema alimentario de algunos de los pueblos estudiados (awajún) se encuentra deteriorado a raíz del cambio de patrón de asentamiento de una matriz de familias extensas viviendo dispersas a un asentamiento nuclear que lleva a una sobre explotación de los recursos naturales de sus territorios. Esto los lleva a concluir que “se hace necesario desarrollar un proyecto de investigación que permita identificar el peso concreto de los diferentes determinantes de la desnutrición crónica de las poblaciones indígenas amazónicas” (Huamán, Lucio y Elena Gonzales, s/f: 3)

Frente a esto, se señala que: “Las intervenciones nutricionales orientadas a mejorar el estado nutricional en las poblaciones vulnerables en el Perú, hasta la fecha se han desarrollado como intervenciones centralizadas, de carácter nacional con escasa adecuación a las necesidades y requerimientos locales; estas tiene en enfoque de suplementación con micronutrientes, de complementación alimentaria, de educación sanitaria-nutricional y de fortificación de alimentos; de ellas la mayor inversión se ha dirigido a programas de alimentación complementaria llegando a invertir en el último quinquenio aproximadamente 250 millones de dólares anualmente. Estos Programas de Alimentación Complementaria al ser evaluados no han demostrado un impacto significativo en el estado nutricional y de salud de sus beneficiarios” (Ibídem: 6).

En el caso del CENAN empezamos a apreciar una preocupación por la adecuación en sus trabajos, pero esta tiene poca concreción, que sobre todo se remite a sus recetarios, pero no mucho más allá. Como se puede ver, han permanecido sobre todo en el ámbito de la investigación. Si bien están preocupados por la ineffectividad de sus soluciones de carácter incremental (extender los paquetes alimentarios clásicos hacia la población indígena), no han logrado aún desarrollar respuestas alternativas.

#### b) La Dirección de Salud Sexual Reproductiva y la Norma Técnica de Parto Vertical

Hasta la modificación del Reglamento de Organización y Funcionamiento del Ministerio de Salud (Decreto Supremo N° 007-2016-SA), la Dirección General de Salud de las Personas, a través de la Dirección de Atención Integral de la Salud, controlaba 16 Estrategias Sanitarias Nacionales, que eran las responsables de normar y hacer seguimiento a las intervenciones prioritarias del Ministerio, una de esas estrategias era la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual Reproductiva.

Durante el año 2005, la estrategia sanitaria tuvo a su cargo la Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural, documento que fue modificado el año 2016 y pasó a llamarse Norma Técnica de Salud para la Atención del Parto Vertical en el Marco de los Derechos Humanos con Pertinencia Intercultural.

La norma es de suma importancia, no solo fue durante algún tiempo un referente regional en la implementación de una política de salud con pueblos indígenas bajo un enfoque intercultural, sino que, y sobre todo, formalizó y dio la posibilidad de expandir una práctica tradicional beneficiosa a todo el ámbito nacional.

La norma, en su última versión (2016), sostiene que su objetivo es: “Establecer los criterios técnicos para el manejo estandarizado y de calidad en la atención integral del parto vertical en el marco de los derechos humanos, basado en las evidencias científicas y el enfoque de pertinencia intercultural” (MINSa, 2016: 2). Sin embargo, no creemos equivocarnos al señalar que la norma expresa una mayor preocupación por la parte correspondiente a las *evidencias científicas* que a la *pertinencia intercultural*.

Al revisar la norma se logra apreciar que toda referencia a la medicina o los terapeutas tradicionales ha sido expulsada a tres anexos llamados: a) Fundamentos históricos y científicos del parto vertical, b) Mitos y verdades de la atención del parto vertical y c) Hierbas utilizadas en el trabajo del parto y post parto. Es decir, la medicina tradicional, uno de los dos términos que entran en el proceso de diálogo intercultural, ha sido relegada a: a) algo del pasado, b) un mito y c) un recurso médico, las plantas. Este señalamiento no es exagerado, en el anexo denominado mitos y verdades se puede ver con claridad que toda práctica o conocimiento tradicional es una *creencia*.

El documento en sí contiene todos los procedimientos que el personal de salud debe poner en práctica en la atención del parto vertical, incluyendo los criterios para ser o no elegible para el mismo, muestra en detalle de las ventajas de cada una de las posiciones para dar a luz y reclama un trato respetuoso y tolerante con la paciente.

Sin embargo, el documento no establece un rol para parteras tradicionales, las cuales han desaparecido de la norma, aún más, se pone especial énfasis a la atención exclusiva por parte de profesionales de la salud. Esto coincide con la opinión de una entrevistada vinculada a la elaboración de la norma:

*No podemos permitir que siga sucediendo con parteras... mientras eso suceda vamos a seguir teniendo muertes maternas [...] Traerles lo más moderno de la medicina, tienen derecho a recibir lo más moderno de la ciencia, medicina calificada. (Lucinda Vega. Obstetra, especialista en parto vertical).*

Otro punto interesante es que la norma se limita al tema de la práctica de la atención del parto institucional en posición vertical sin considerar las prácticas previas a la gestación, que son claves para el éxito del parto tradicional y que suelen estar acompañadas de prácticas protectoras también tradicionales. Esta clase de trabajo no puede resumirse a una presentación del Plan de Parto, que es donde queda relegado ahora.

Si bien la interculturalidad es mencionada en las definiciones operativas del documento, y con mayor precisión la pertinencia intercultural, en el desarrollo del mismo esto queda reducido a aspectos que podríamos llamar folclóricos: “Respetar el uso de la ropa según costumbre de la zona” y otros incluso de menor importancia.

En resumen, lo que este documento expresa es una voluntad instrumental en el uso del parto vertical para traer más gente al servicio y superar las brechas de acceso y los bajos indicadores de parto institucional.

Este tipo de respuesta ha sido expuesta como parte de las soluciones incrementales pues en la práctica lo que se hace es solo modificar la posición del parto como estrategia de adecuación para atraer a más gestantes.

3.2.2 Determinantes Sociales de la Salud: El Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades y los ASIS indígenas.

El Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (ex Dirección General de Epidemiología) es un órgano desconcentrado bajo el despacho Viceministerial de Salud Pública. Según el documento Memoria de Gestión del 2015, la ex Dirección General de Epidemiología es la encargada de “asesorar a la Alta Dirección del Ministerio de Salud, a las dependencias competentes de los Gobiernos Regionales y demás componentes del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud: Sobre la situación de salud del país y de cada región, las condiciones de salud de las poblaciones, las tendencias de las enfermedades y de la respuesta para su prevención y control” (Dirección General de Epidemiología, 2015: 8).

Lo que reviste especial interés para este trabajo es que, como parte de su trabajo de Análisis de la Situación de Salud, la ex Dirección de Epidemiología ha desarrollado los ASIS (Análisis de la Situación de la Salud) Indígenas desde el año 2002, que a nuestro juicio configuran en sí una política de salud para pueblos indígenas, pues acometen directamente la problemática de información sobre el estado de salud de los pueblos indígenas.

Los ASIS son investigaciones orientadas a conocer y priorizar problemas de salud. Según el documento Aporte Metodológicos para la Elaboración del ASIS de los Pueblos Indígenas de la Amazonia Peruana, un ASIS “Se fundamenta en el supuesto de que la salud sea la resultante de la interacción de múltiples factores sociales, económicos, políticos, culturales, biológicos, psicológicos y ambientales. La forma en que interactúan estos factores determina finalmente el estado de salud de una determinada población.” (MINSa, 2012: 9). El ASIS se estructura en base a tres componentes: el análisis de los factores condicionantes de la salud, el proceso de salud enfermedad y la respuesta social que recibe la problemática a partir del sistema de salud.

Sin embargo, los ASIS indígenas parten de la idea de que los ASIS tradicionales no son adecuados o suficientes para el análisis de la problemática de salud en pueblos indígenas y que se necesita una herramienta que permita “dar cuenta de las particularidades culturales con las que la población indígena percibe la salud y la enfermedad, sus condiciones específicas y la respuesta sociocultural que recibe la problemática.” (Ibídem: 5) Se señala que los pueblos indígenas no solo fundamentan sus conocimientos y prácticas médicas desde una cosmovisión diferente sino que usan otros indicadores para medir su bienestar, tales como “El respeto intergeneracional, la seguridad territorial, el disfrute del tiempo o la autonomía colectiva” (Ibídem: 14).

Los objetivos específicos de los ASIS indígenas son: caracterizar la situación de salud desde la mirada interna e impulsar las soluciones propias, aportar una línea de base para un proceso de diálogo coordinado, constituir una herramienta para la elaboración de planes de trabajo útiles para las propias organizaciones, constituir material de información y capacitación para el personal de salud ingresante a la zona.

Hasta la fecha el Centro Nacional de Epidemiología ha elaborado los siguientes documentos:

1. Análisis de Situación de Salud del Pueblo Shipibo-Konibo (2002).

2. Pueblos en Situación de Extrema Vulnerabilidad: El Caso de los Nanti de la Reserva Territorial Kugapakori Nahua Río Camisea, Cusco (2003).
3. Análisis de Situación de Salud de los pueblos indígenas de la Amazonía Peruana (2003). Una aproximación general a la problemática de salud de los pueblos indígenas de la Amazonía peruana.
4. Análisis de Situación de Salud (ASIS) del Pueblo Indígena Shawi (2008).
5. Análisis de la Situación de Salud de la provincia del Purús (2009).
6. Análisis de la Situación de Salud del Pueblo Aymara – Puno (2010).
7. Aportes Metodológicos para la Elaboración del ASIS de los Pueblos Indígenas de la Amazonia Peruana (2013).
8. Análisis de Situación de Salud del Pueblo Nanti del Alto Camisea-Reserva Territorial Kugapakori Nahua Nanti, Camisea-Cusco (2014).

A diferencia de las respuesta expuestas anteriormente, el trabajo de la Dirección de epidemiología no solo se preocupa por cerrar brechas, sino que busca trascender un enfoque típico de adecuación y tomar en cuenta derechos culturales y colectivos de los pueblos indígenas, por ello usa como parte de su metodología de trabajo los diálogos interculturales e indaga por las percepciones propias de la población.

Debemos señalar que algunos de nuestros entrevistados cuestionaron que la metodología de diálogos o consulta se usara en todos los procesos de construcción de ASIS, sin embargo hubo un consenso casi general de que los ASIS cumplen un rol clave en la visibilización de la problemática indígena, incluso se señaló que “La información de los ASIS es incómoda para otros sectores del Estado, por eso los encarpetan” (Helen Palma, ministerio de cultura. Ex integrante del equipo técnico a cargo de los ASIS).

A nuestro juicio, si bien por el tipo de trabajo que el Centro Nacional de epidemiología desarrolla con los pueblos indígenas (Análisis de la Situación de Salud) corresponde clasificar esta política como dentro de un enfoque de Determinantes Sociales, es claro también la fuerte preocupación por el diálogo intercultural y el respeto de la medicina tradicional, ambos elementos de nuestra definición del campo de la interculturalidad en salud.

### 3.2.3 Salud intercultural:

#### a) La Dirección General de Promoción de la Salud (DGPS) y la Unidad Técnica Funcional

Junto a la Dirección General de Salud de las Personas, la Dirección General de Promoción de la Salud era una de las dos grandes unidades del ministerio en el Organigrama vigente

hasta el año 2016. Esto respondía al intento del ministerio de darle mayor importancia tanto a la promoción como a la prevención de la salud.

Según el Plan Estratégico de la DGPS (2003) su misión era "... generar y fomentar políticas públicas saludables, promover estilos de vida y entornos saludables, con participación social, para contribuir al desarrollo de una cultura de la salud y al bienestar de la persona, la familia y la comunidad" (MINSA, s/f a: 20). La dirección general tiene bajo su mando a las direcciones de participación comunitaria en Salud, la Dirección de Educación para la Salud y la Dirección de Promoción de la Vida Sana. Además, cuenta con un órgano de apoyo, el área funcional de Gestión y un órgano de asesoría, la Unidad Técnica Funcional de Derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad, siendo esta oficina lo que nos interesa para nuestro análisis.

Según la página web del MINSA<sup>4</sup>, La Unidad Técnica Funcional está encargada de:

1. Proponer lineamientos técnico normativos para la incorporación de los enfoques de Derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad en Salud en las Políticas e Intervenciones del Ministerio de Salud.
2. Brindar Asistencia Técnica sobre los enfoques enunciados a las instancias del Ministerio de Salud.
3. Elaborar indicadores y el monitoreo de los mismos para la incorporación de los enfoques de Derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad en Salud y propiciar su implementación y desarrollo en forma descentralizada.

Como puede verse, hasta inicios del año 2016, en que se termina de concretar la reforma del sector salud, la entidad que tiene a su cargo garantizar la implementación de la interculturalidad en el sector salud es este órgano de asesoría. Su trabajo se sostiene sobre la base de la *Norma Técnica de Salud para la Transversalización de los Enfoques de Derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad en Salud*.

Se trata de un documento interesante que, a pesar de contener lineamientos para los tres enfoques, apunta con mucha certeza a varias prioridades en lo correspondiente a la salud intercultural. A continuación haremos un breve repaso del documento, que consideramos es uno de los más acabados en el tema de los que hemos podido revisar para este trabajo.

Su objetivo central es: "Establecer criterios y procedimientos que permitan diseñar, implementar y evaluar políticas, planes, programas, proyectos y presupuestos que incorporen de manera efectiva los enfoques de derechos humanos, equidad de género e interculturalidad en salud, en la organización y gestión del sector salud y en todas las acciones de las Unidades Orgánicas, Órganos Desconcentrados y Organismos Públicos Descentralizados, Direcciones Regionales de Salud, Direcciones de Salud y establecimientos del sector y los miembros del Sistemas Coordinado y Descentralizado de Salud" (MINSA, 2006: 1).

---

<sup>4</sup> [http://www.minsa.gob.pe/DGPS/unidad\\_tecnica/unidad\\_tecnica.html](http://www.minsa.gob.pe/DGPS/unidad_tecnica/unidad_tecnica.html)

Entre sus objetivos específicos están promover la protección y respeto de la interculturalidad en los espacios de concertación y decisión con la población organizada, disponer de elementos básicos en la organización de los servicios para el respeto de los derechos y la equidad de género mediante el diálogo intercultural, establecer criterios para el desarrollo de competencias para la incorporación del enfoque de interculturalidad, proponiendo criterios y procedimientos básicos a las instituciones formadoras del recurso humano y establecer que la organización, análisis y uso de la información en salud se base en indicadores que permitan la toma de decisiones equitativas.

Para resumir, el ámbito de aplicación de la norma es todo el Ministerio de Salud, tanto en los organismos de gestión como en los asistenciales, a todos los niveles.

En sus disposiciones generales esta norma técnica pone el acento en que el ministerio implementará acciones de discriminación positiva tendientes a promover competencias en el personal de salud para el respeto de las poblaciones en situación de vulnerabilidad, organizar el análisis de la información para el respeto de la población en situación de vulnerabilidad, facilitar la participación y vigilancia e incluir la interculturalidad en la cultura institucional del sector.

En su definición del enfoque de interculturalidad la Norma Técnica hace incidencia en la actual práctica de discriminación del profesional de la salud y propone la adopción de medidas de discriminación positiva tales como la promoción del respeto a la diferencia y el reconocimiento de la contribución de la medicina tradicional entre los profesionales de la salud; promover la interacción entre los agentes de los distintos sistemas de salud, buscando la complementariedad y el enriquecimiento mutuo; y la incorporación de estrategias para la identificación de factores protectores -entiéndase entre las prácticas tradicionales- para incrementar las condiciones favorables a los estados de salud de los pueblos.

La definición de interculturalidad sobre la que se trabaja es la siguiente: “La interculturalidad reconoce el derecho a la diversidad, a las diferentes racionalidades y perspectivas culturales de los pueblos, expresadas en diversas formas de organización, sistemas de relación y visiones del mundo. Implica reconocimiento y valoración del otro. Propone la interrelación, la comunicación y el diálogo permanente para favorecer la convivencia entre las distintas culturas en contacto, garantizarles a cada una un espacio para desarrollarse en forma autónoma y promover su integración a la ciudadanía, en el marco de una sociedad pluricultural, multiétnica y multilingüe. A través de la interculturalidad se confronta las visiones discriminatorias y excluyentes, se propugna el respeto a la diferencia cultural como derecho humano y se postula el diálogo intercultural como potencial para el desarrollo y aporte para la construcción de una sociedad integrada y tolerante.” (Ibídem: 7).

Entre sus disposiciones específicas la norma establece: que las direcciones regionales de salud y todas las entidades de nivel regional y local creen una instancia responsable de la incorporación del enfoque, que se revise los instrumentos técnicos y normativos con el

propósito de eliminar los dispositivos que toleren y promuevan la descalificación de las prácticas médicas tradicionales no occidentales.

Dentro de los componentes para la incorporación del enfoque se contempla que:

1. En lo relativo a recursos humanos se capacitará sobre interculturalidad, cultura, población local y diálogo intercultural al personal de salud, se adoptarán los dispositivos para la incorporación como personal de salud a población de diversos grupos étnico culturales.
2. En lo relativo a los servicios, estos deberán organizarse sobre la base de la organización ancestral, sus valores y concepciones sobre salud enfermedad. Los servicios además deberán disponer de material comunicacional pertinente y respetuoso de la cosmovisión local, “evitando que se limite a ‘traducir’ un material diseñado desde un modelo biomédico” (Ibídem: 9).
3. En lo relativo a la referencia y contrareferencia se establece que los usuarios pueden venir acompañados tanto de familiares, agentes comunitarios de salud y otro acompañante.
4. El trabajo extramural se hará con la participación de agentes comunitarios con capacitación en interculturalidad y conocimiento del idioma local.
5. En lo relativo a la participación ciudadana se establecerán programas formales de diálogo con la población tanto para el diagnóstico como para la participación.
6. En cuanto a la atención, la norma establece que el proveedor deberá atender con total respeto de la dignidad de la identidad cultural de la persona, contando con conocimientos mínimos sobre el idioma local, se promoverá el servicio de atención del parto institucional con pertinencia intercultural, se promoverá la interacción y el aprendizaje mutuo con los agentes de la medicina tradicional.
7. En cuanto al manejo de la información se establece que se adecuará los sistemas de información para recoger datos desagregados a fin de identificar los grupos poblacionales que padecen mayor inequidad y discriminación y se promoverá la investigación sobre impactos diferenciados en grupos étnicos.

Estas y otras funciones derivadas se desarrollan también en el nivel regional, donde se deberá nombrar un responsable del cumplimiento de la norma, y en el nivel local, donde la entidad mayor del sector salud presente en el territorio asume la responsabilidad.

La Unidad Técnica Funcional y la norma de transversalización se basan en un marco específico de interculturalidad y tienen un alcance máximo para el desarrollo de sus fines. Sin embargo, tal vez debido a su ubicación como área de asesoría, las aspiraciones de la Unidad nunca llegaron a concretarse. Desde su creación el año 2003, hasta su desaparición el año 2016, la Unidad no llegó a concretar prácticamente ninguna de sus funciones.

#### b) El Centro Nacional de Salud Intercultural – CENSI

El CENSI es heredero del Inmetra. Al crearse el CENSI se incorpora y se da la mayor importancia a una nueva categoría, la interculturalidad, pero al mismo tiempo, al tratarse

de un Centro, su nivel de autonomía y de iniciativa se reduce, para no mencionar su manejo presupuestal.

El CENSI es un órgano de línea del Instituto Nacional de Salud. Según el Reglamento de Organización y Funciones del INS, el CENSI está encargado de "... proponer políticas y normas de salud intercultural, así como de 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" (Decreto Supremo N° 01-2003-SA: 237031).

Los objetivos específicos del CENSI, según el ROF son: a) proponer políticas y estrategias de salud intercultural; b) promover, desarrollar y difundir la investigación científica y tecnológica en el campo de la salud intercultural para la revaloración y recuperación de la medicina tradicional, complementaria y alternativa, c) desarrollar jardines botánicos, d) proponer y ejecutar planes de transferencia tecnológica y capacitación, e) programar y controlar la articulación de las medicinas tradicional y complementaria con la medicina académica, promoviendo la participación, f) regular la práctica de la salud intercultural y la producción, uso y comercialización de productos naturales, g) coordinar el desarrollo de un sistema integrado de información, h) fortalecer el desarrollo de unidades de salud intercultural en las DISAS y DIREAS (Direcciones Regionales de Salud), i) promover la implementación de servicios de atención de salud intercultural, j) formular el Plan Nacional de Salud Intercultural, k) elaborar protocolos de articulación y complementariedad en salud intercultural, l) determinar la validación de recursos y productos naturales para su uso en salud, entre otros.

Para el desarrollo de todos los objetivos expuestos, el CENSI tiene a su interior dos direcciones, la Dirección Ejecutiva de Medicina Tradicional y la Dirección Ejecutiva de Medicina Alternativa. Aunque el ROF no hace mención al respecto, el objetivo de la primera es trabajar con la medicina andina y amazónica y de la segunda con medicinas no peruanas como la medicina china, la reflexología, entre otras.

De todas las instituciones que presentamos, el CENSI reviste una importancia central. No solo es la entidad más antigua, tomando en cuenta su antecesor el Inmetra, si no es la que más iniciativas en salud intercultural ha desarrollado y la que ha invertido más tiempo en la reflexión y sistematización de la problemática de la salud intercultural.

Por lo expuesto, dedicaremos un poco más de espacio al trabajo del CENSI. Primero presentaremos las que consideremos son las principales políticas de salud intercultural del CENSI, tres de ellas dedicadas a los protocolos para el contacto con pueblos indígenas en aislamiento o contacto inicial, una dedicada a normar el diálogo intercultural, otra dedicada al registro de la variable étnica en la atención. Un segundo punto será presentar el Plan General de la Estrategia Sanitaria Nacional de Pueblos Indígenas. Aun cuando esta ya no existe, fue durante un periodo de tiempo considerable una de las principales responsabilidades del CENSI. Finalmente, revisaremos la actual Política de Salud Intercultural, tema de especial importancia en esta investigación. Como veremos más

adelante, la implementación de esta política está en debate, no quedando claro al momento si es al CENSI o a la Dirección de Pueblos Indígenas a quien corresponde su puesta en práctica. Sin embargo, quien tuvo a su cargo su desarrollo fue con toda claridad el CENSI, siendo la Dirección una entidad con mucho potencial pero de reciente creación y, como veremos más adelante, considerablemente frágil.

### *Principales políticas de salud intercultural del CENSI*

En 14 años de vida institucional, el Centro Nacional de Salud Intercultural ha producido cuatro documentos normativos y un instructivo que, si bien no está aprobado por resolución, es recomendado para su uso por el personal de salud para el registro de la pertenencia étnica en el Sistema de Información en Salud - HIS (*Health Information System*).

#### *1. Documentos normativos dirigidos a población indígena en aislamiento o de contacto reciente.-*

El tema de los pueblos indígenas amazónicos en aislamiento o contacto reciente cobra importancia en la agenda gubernamental muy tardíamente. No es de sorprender que, hace apenas 10 años, el personal de salud del Primer y Segundo Nivel de Atención en zonas con alta probabilidad de relacionamiento con estos grupos no contara con estrategias para la prevención del contacto directo, en el caso de población en aislamiento, y para la contingencia, en el caso de la población en contacto reciente.

Atendiendo a la demanda de las organizaciones indígenas por contar con personal capacitado para afrontar este tipo de situaciones, el equipo técnico del CENSI, basándose en información recogida en talleres realizados en las ciudades de Lima, Cusco y Puerto Maldonado, elaboró tres documentos normativos:

- a) 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, aprobada mediante Resolución Ministerial N°799-2007/MINSA.
- b) Guía técnica: Relacionamiento para casos de interacción con indígenas en aislamiento o en contacto reciente, aprobada mediante Resolución Ministerial N°797-2007/MINSA.
- c) Guía técnica: Atención de salud a indígenas en contacto reciente y en contacto inicial en riesgo de alta morbilidad, aprobada mediante Resolución Ministerial N°798-2007/MINSA.

Todos ellos son de aplicación en las áreas territoriales que el Estado ha asignado, o cuya asignación se encuentran en trámite, a los pueblos indígenas en aislamiento, contacto reciente o contacto inicial. Asimismo, aplican para los pueblos que, si bien no habitan reservas territoriales, viven dentro de áreas naturales protegidas o en áreas aún no identificadas como escenarios de su presencia.

Estos documentos se basan en dos principios básicos: el de prevención, disponiendo de todos los recursos para una óptima respuesta y evitando o denunciando los intentos de contacto; y el de alta vulnerabilidad, reconociendo el alto riesgo de morbimortalidad entre estos pueblos, dada su poca capacidad de respuesta inmunológica.

La responsabilidad en la implementación de la mayoría de actividades señaladas en los documentos recae en las Direcciones Regionales de Salud correspondientes o en el Ministerio de Salud y sus diferentes direcciones.

2. Documento técnico: Diálogo intercultural en salud (2014).- Este Documento Técnico, aprobado mediante Resolución Ministerial N°611-2014/MINSA, parte de la necesidad de contar con herramientas que permitan abordar la situación de exclusión y alta vulnerabilidad de los pueblos indígenas y la población afroperuana, a través de la mejora en su acceso y calidad de atención en salud.

La propuesta se basa en la aplicación de una metodología: el Diálogo Intercultural en Salud (DIS), que tiene como objetivo la articulación entre los representantes de la medicina occidental y de la medicina tradicional y popular -particularmente las de los pueblos indígenas y la población afroperuana-, incorporando a otros actores de la sociedad, tal es el caso de los representantes de las organizaciones indígenas, los representantes de organizaciones no gubernamentales, las autoridades religiosas, las autoridades locales, entre otros.

A lo largo del documento se establecen las orientaciones técnicas para llevar a cabo este proceso en tres momentos:

- a) Reconocimiento de Actores, Difusión y Preparación del Diálogo.
  - b) Análisis Sociocultural e Identificación de Prioridades en Salud.
  - c) Planificación, Acuerdos y Compromisos.
3. Registrando los códigos de la pertenencia étnica (2011).- Con el objetivo de contar con estadísticas de salud diferenciadas por cada grupo étnico, para que los planificadores y la población dispongan de información para la toma de decisiones y la sustentación de las demandas, respectivamente, y en el marco del derecho a la identidad cultural, el CENSI elaboró un documento que orienta al personal de salud en el registro de la pertenencia étnica en el Sistema de Información en Salud – HIS.

El instructivo Registrando los códigos de la pertenencia étnica, ofrece una lista de alternativas (77 en total<sup>5</sup>), cada una con un código asignado, y los pasos a seguir para obtener dicha información.

---

<sup>5</sup> De ese total, 65 son grupos étnicos amazónicos y 8 andinos, a los que se deben agregar las categorías: mestizo, afrodescendiente, asiático descendiente y otros.

A nuestro juicio, en esta norma el derecho a la autoidentificación puede llegar a ser vulnerado. El usuario es expuesto a una suerte de interrogatorio en el que pareciera que el fin último es señalar su condición de indígena. Ejercicio que además resulta extenuante, si consideramos el limitado tiempo que tiene el personal de salud para rellenar el Registro de Atenciones Individuales de Salud.

A pesar de que en el 2012 el Ministerio de Cultura aprobó una base de datos de pueblos indígenas, la cual presenta varias diferencias con la relación presentada en el instructivo del CENSI, en el sector salud se sigue usando la lista que provee este documento.

### *Estrategia Sanitaria de Salud de los Pueblos Indígenas*

El año 2004 el Ministerio de Salud crea diez estrategias sanitarias en reemplazo de los anteriores programas verticales, entre estas diez se crea la Estrategia Sanitaria de Salud de los Pueblos Indígenas, designando como su responsable al CENSI. Según el Plan estratégico 2010-2012 la estrategia busca superar un enfoque de implementación que ve la interculturalidad como actividades a ser incorporadas a los servicios, pasando hacia "... una asimilación por parte de los recursos humanos de salud en su cotidiano relacionamiento con miembros de otra culturas, y expresada en las actitudes y aptitudes de respeto por la diferencia; esto es, ser concebida como un derecho de nuestros interlocutores a ser tratados con respeto, a entender su cultura y esforzarnos por una convivencia o articulación armoniosa de nuestros pensamientos, actitudes y aptitudes por los pensamientos, actitudes y aptitudes de los miembros de la cultura diferente." (MINSAs/f b: 17)

El Plan general de la estrategia es un documento desigual, identifica un número limitado de líneas de trabajo, no siempre proponiendo mecanismos de implementación. Sin embargo, es uno de los pocos documentos revisados que toma como antecedentes los procesos de diálogo con población indígena impulsados desde el Estado y que intenta hacer un balance sobre la situación de salud de los pueblos indígenas del Perú. Hace algunos reconocimientos particulares, como la necesidad de implementar la interculturalidad en espacios urbanos y, además, aunque breve, es el primer documento que llama la atención sobre la problemática de la implementación de la interculturalidad desde el Estado, aunque señalándola como si esta fuese solo una problemática de la estrategia. Nos parece que los problemas que identifica son importantes y por ello pasamos a citarlos:

- No se ha logrado un posicionamiento importante en las diversas decisiones del sector que le permita institucionalizar la interculturalidad como base en la que se sustentarían las intervenciones de salud en los pueblos indígenas.
- Existe a nivel del MINSAs un traslape de funciones entre la Estrategia Sanitaria de Salud de Pueblos Indígenas a cargo del CENSI y las actividades de la Unidad Técnico Funcional de Interculturalidad, Género y Derechos en Salud de la Dirección General de Promoción de la Salud. Esto crea confusión a nivel de las regiones.
- El CENSI es un órgano de línea del Instituto Nacional de Salud, organismo dedicado principalmente a la investigación biomédica; por lo tanto como responsable de la ESN

de Salud de los Pueblos Indígenas acrecienta la brecha entre sus objetivos y los objetivos institucionales.

- No cuenta con recursos financieros y logísticos que permitan viabilizar las acciones a nivel de las regiones.
- El concepto e implementación de la interculturalidad en salud ha sido limitado al área de salud materna (Casas de espera y atención del parto vertical), a la ruralización e indigenización.
- Siendo la interculturalidad un proceso de construcción social, una de las grandes dificultades en su implementación es la exigencia, por parte de las instancias decisoras, de tangibles o externalizaciones exóticas para su valoración como una política relevante del sector.

Entre otros motivos, decimos que el Plan de la Estrategia es un documento desigual pues, habiendo logrado identificar los principales problemas de la implementación de la interculturalidad y señalando algunos puntos ciegos en otra normativa, desde su inicio y a la hora de diseñar sus objetivos el Plan toma por decisión avocarse a “... disminuir las brechas sanitarias entre el nivel nacional y/o regional y las poblaciones indígenas.” No es un tema negativo, pero es limitado con respecto a las posibilidades de la interculturalidad, y deja de lado el problema de los derechos de los pueblos indígenas.

El documento se plantea como objetivos estratégicos: 1) implementar la pertinencia intercultural propiciando espacios de inclusión participativa y de concertación, 2) ampliar la oferta de salud de calidad, con nuevas modalidades adecuadas a las zonas indígenas, 3) fortalecer los recursos humanos, logísticos y financieros en los establecimientos que atiendan a población indígena, 4) promover el control para la preservación de un medio ambiente saludable, 5) fortalecer el sistema de vigilancia y acciones en salud pública y, 6) gestionar el diseño e implementación de una Política Nacional de Salud Intercultural.

En su mayoría los objetivos estratégicos no dan pie al desarrollo de acciones claras, siendo una notoria excepción el impulso para la creación de la actual Política Sectorial de Salud Intercultural, que a continuación pasamos a exponer.

#### *Política Sectorial de Salud Intercultural (PSSI)*

Aprobada con Decreto Supremo N° 016-2016-SA, este es un hito especial para la consecución del derecho a la salud de los diferentes pueblos del Perú.

Su justificación se desprende de la diversidad cultural existente en el Perú, la cual hace necesaria la generación de políticas que faciliten la atención de los pueblos indígenas u originarios y de la población afroperuana, respetando la identidad étnica y cultural de cada uno de ellos. Se trata de colectivos que han sido excluidos históricamente, y ello está asociado a la condición de vulnerabilidad que actualmente tienen. La política es eminentemente intercultural, entendiendo interculturalidad como la “habilidad para reconocer, armonizar y negociar las múltiples diferencias”.

La PSSI tiene como objetivos: a) otorgar acceso a servicios de salud que brinden una atención integral, de calidad y culturalmente pertinente a los pueblos indígenas u originarios y a la población afroperuana; b) articular el conocimiento médico convencional con los conocimientos tradicionales en los establecimientos de salud que atienden a dichos colectivos; c) dotar al personal de dichos establecimientos de competencias y habilidades en salud intercultural; d) implementar mecanismos de participación de los colectivos en los procesos de gestión, prestación y evaluación de los servicios de salud.

Según varios de nuestros entrevistados la política fue originalmente elaborada a partir de talleres con organizaciones indígenas, expertos y universidades durante el año 2010, no pudiendo ser aprobada y pasando a esperar su ventana de oportunidad.

Cuando finalmente es llevada a consulta (nuevamente con organizaciones indígenas), el año 2013, la propuesta sufre variaciones. Luego, al pasar a la revisión de los políticos, sufre algunas pocas modificaciones más. Finalmente, esta queda estructurada con base en cuatro ejes, cada uno con sus respectivas líneas de acción:

Primer eje de la PSSI.- Garantizar el derecho a la salud desde los enfoques intercultural, de derechos, de género e inclusión social, en la prestación de los servicios de salud para los pueblos indígenas u originarios, andinos y amazónicos, así como para la población afroperuana.

En concordancia a la normativa nacional e internacional, se busca institucionalizar el diálogo intercultural entre prestadores y usuarios de los servicios de salud. Se promueve, además:

- La difusión de conocimientos sobre los enfoques de derechos, género e interculturalidad en salud entre los usuarios.
- La mejora de la calidad de atención en salud intercultural (sin descuidar componentes como la capacidad resolutoria de los establecimientos de salud o la accesibilidad, por ejemplo).
- La erradicación de la discriminación por parte de los proveedores.
- La incorporación prioritaria de estos colectivos en el Aseguramiento Universal de Salud (AUS).
- El desarrollo de intervenciones diferenciadas y culturalmente pertinentes.
- El desarrollo e implementación de normativa culturalmente pertinente, priorizando a aquellos colectivos en los que se desarrollan actividades extractivas o de transformación.

Segundo eje de la PSSI.- Fomentar la medicina tradicional o ancestral y su articulación con la medicina convencional.

Se reconoce la importancia y valor de la medicina tradicional en los pueblos indígenas u originarios y en la población afroperuana, por lo que se promueve:

- Registrarla como Patrimonio Cultural Inmaterial de la Nación.
- Fortalecer el trabajo comunitario con agentes de medicina tradicional o ancestral, hombres y mujeres reconocidas en sus comunidades por los conocimientos tradicionales orientados a la atención en salud que han aprendido a través de la transmisión oral o de la práctica permanente.
- Recopilar, revalorizar, rescatar, conservar y difundir los conocimientos en medicina tradicional o ancestral.
- Fomentar su uso entre el personal de salud de los establecimientos que atienden a pueblos indígenas u originarios y a población afroperuana, y el trabajo conjunto de ellos con los agentes de medicina tradicional o ancestral.
- Promover junto a la población la conservación de la diversidad biológica y de los conocimientos tradicionales y ancestrales asociados a la salud.
- Desarrollar investigaciones sobre medicina tradicional y procesos de salud, enfermedad en pueblos indígenas u originarios y en población afroperuana.
- Desarrollar proyectos de salud intercultural con pueblos indígenas u originarios y población afroperuana.
- Establecer alianzas a diferentes niveles (intersectorial, intergubernamental y comunal) para la protección y promoción de la salud de los referidos colectivos.

Tercer eje de la PSSI.- Fortalecer capacidades y habilidades de los recursos humanos en salud intercultural.

Se reconoce la necesidad de elaborar planes de estudio para la formación intercultural de recursos humanos en salud, tanto en pregrado como en posgrado, para lo que se propone:

- Llevar a cabo acciones para el desarrollo de capacidades y habilidades en salud intercultural dirigidas a recursos humanos en salud, agentes decisores y agentes de medicina tradicional o ancestral.
- Promover la articulación de la medicina tradicional o ancestral con la medicina convencional, a partir de la capacitación del personal de salud en conocimientos tradicionales y el trabajo conjunto entre ellos y los agentes de medicina tradicional o ancestral.

- Establecer mecanismos de incentivo y estímulo para el personal de salud que haya sido capacitado en salud intercultural o preste servicios a pueblos indígenas u originarios y población afroperuana.
- Capacitar a personal de salud perteneciente a pueblos indígenas u originarios o a la población afroperuana, y promover su incorporación a establecimientos de salud en los que atiendan a personas pertenecientes a su colectivo.

Cuarto eje de la PSSI.- Fortalecer la identidad cultural y la participación de los pueblos indígenas u originarios, andinos y amazónicos y de la población afroperuana en los servicios de salud.

En lo que respecta a la planificación en salud comunitaria, se reconoce la importancia y necesidad del trabajo participativo de hombres y mujeres pertenecientes a pueblos indígenas, en igualdad de condiciones, para lo que se propone:

- Implementar acciones afirmativas para asegurar la participación de organizaciones de mujeres.
- Proponer acciones coordinadas con las organizaciones representantes de los pueblos indígenas u originarios y la población afroperuana para la ejecución, seguimiento, monitoreo y evaluación de los planes y programas de salud dirigidos a los pertenecientes a dichos colectivos.
- Establecer mecanismos que valoren, promuevan y fortalezcan las prácticas y conocimientos tradicionales y ancestrales en los programas y actividades del sector salud.
- Articular actividades del sector privado y de la sociedad civil en lo que respecta a atención y/o prevención en salud.

El seguimiento de la PSSI es responsabilidad de los gobiernos nacional, regional y local, que deben monitorear sus actividades de salud intercultural de acuerdo a los siguientes estándares de cumplimiento: instrumentos de salud intercultural, participación de los colectivos en cuestión, vigilancia ciudadana, disponibilidad de información, asignación presupuestal y estímulo, supervisión y control.

Como puede verse, el trabajo del CENSI ha sido amplio, estando a nuestro juicio más abocado a la restitución de derechos de los pueblos indígenas. Esto puede entenderse si se considera que el CENSI es una entidad adscrita a un centro de investigación y que si bien ha tenido por meta la asesoría técnica para la promoción de la incorporación de la interculturalidad en el trabajo del ministerio, su propia implementación ha quedado fuera de sus competencias. Asimismo, su capacidad de diálogo con otras entidades ha estado limitada, nuevamente por no ser parte de la estructura ejecutiva del MINSA, pero además

por la superposición de funciones que se ha podido apreciar en el repaso que hemos realizado.

Es nuestra opinión que en su trabajo los funcionarios del CENSI fueron sintiendo estas limitaciones y por eso comenzaron a promover cada vez más el desarrollo de espacios más ejecutivos para el desarrollo de políticas para pueblos indígenas y para la interculturalidad, un ejemplo reciente sería la Dirección de Pueblos Indígenas.

Sin embargo, no todos a su interior están de acuerdo con la creación de la Dirección y en la actualidad la mayor preocupación al interior es recuperar el control de la Política Sectorial. Prácticamente todos los entrevistados señalaron lo inconveniente que resultaría ello, pues “... el Censi no tiene las cadenas para vincularse a los mecanismos del sector” (Federica Barclay, investigadora). Asimismo, dos de nuestros entrevistados ligados al Censi señalaron que al interior del mismo existe un errado *sentido de propiedad* sobre la normativa que ellos generan, e incluso una propiedad individualizada sobre cada normativa producida.

c) Otras iniciativas: Las estrategias sanitarias nacionales de TBC y VIH

Hasta el 2015, en que aún existía la Dirección General de Salud de las Personas, esta tenía bajo su línea de mando a la Dirección de Atención Integral, que a su vez era responsable de las Estrategias Sanitarias Nacionales, las que a su vez nacieron en reemplazo de los antiguos Programas Verticales.

Las estrategias de VIH y TBC han debido enfrentar la problemática de hacer llegar sus intervenciones a población indígena. Para ello han apostado por desarrollar investigaciones y modelos piloto con poblaciones específicas, en VIH con población awajún, en la Amazonía norte, es decir la frontera con Ecuador; y en TB con población quechua, aymara y asháninka de la selva central, es decir, las poblaciones indígenas más numerosas.

Para ello ambas estrategias han apostado por implementar su trabajo de investigación y desarrollo de modelos con una ONG, Salud Sin Límites Perú (con población awajún y asháninka). A continuación presentaremos el marco que da pie a estos trabajos y revisaremos brevemente en qué han consistido.

Empezaremos por la Estrategia Sanitaria de VIH y SIDA. En su documento técnico Plan Multisectorial de Prevención y Control de las ITS/VIH y SIDA 2015 – 2019 (MINSa s/f c), la Estrategia afirma que en un estudio desarrollado el 2007 por la Dirección General de Epidemiología se encontró una prevalencia de 6.8 % de VIH en HSH (hombres que tienen sexo con hombres) y que en otro estudio desarrollado entre los años 2007 y 2008 entre población shawi, shipibo, asháninka, matsiguenga, shapras y candoshi se encontró también prevalencia en gestantes y parejas. Los factores de riesgo serían: el inicio temprano de las relaciones sexuales, el consistente rechazo al uso del condón o preservativo y la existencia de varones con redes sexuales extensas (más de 11 parejas en el ciclo de vida). Información posterior muestra una alta prevalencia del VIH en otras poblaciones indígenas como los

awajún, la incidencia del VIH estaría llegando al 2 % entre los awajún frente al 0.23 % en el nivel nacional (Pérez Álvarez, 2015).

Estadísticas de la Red de Salud Condorcanqui al cierre del 2014 registran un total de 244 casos de VIH/SIDA que representa el 54 % (244/452) de todos los casos notificados en el departamento de Amazonas en el periodo 1990-2014. En la Red de Salud Condorcanqui a partir de 2012, gracias al impulso y acompañamiento de la ESN ITS/VIH/SIDA (Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual, Virus de Inmuno Deficiencia Humana y Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida), se ha tenido un notable incremento en la cobertura de las pruebas diagnósticas, durante el periodo 2012 al 2014 se notificaron el 66% (161/244) de los casos de VIH/SIDA de esta red.

De los casos de VIH registrados en la Red de Salud Condorcanqui en el periodo 2012-2014, la mayoría proceden del distrito El Cenepa (56.9 %), seguidos por el distrito de Nieva (37.3 %) y Rio Santiago (5.9 %). Un estudio etnográfico realizado en Condorcanqui en 2014 en 5 comunidades de la jurisdicción del Cenepa, mostró datos de mortalidad de hasta 63 %. Los estudios etnográficos además muestran un fuerte estigma y discriminación hacia las Personas Viviendo con VIH/SIDA (PVVS) en las comunidades indígenas amazónicas.

Desde el año 2013, la Estrategia Sanitaria Nacional de ITS/VIH/SIDA ha intensificado sus acciones, abordando la problemática del VIH en la Red de Salud de Condorcanqui, sin embargo, los esfuerzos siguen siendo insuficientes. A inicios del año 2014 en visitas realizadas a las Micro Redes de Huampami y Nieva, se evidenció que sólo el 6 % de las personas infectadas con VIH reciben tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA). Al primer trimestre del 2015, se ha logrado ingresar a 57 personas al TARGA, que constituyen el 23 % de los PVVS. En esta experiencia, desde la ESN de VIH/SIDA se ha asumido la importancia de abordar las intervenciones de una forma diferenciada para abordar la prevención y atención para el control del VIH en población originaria amazónica.

Para ello se planteó desarrollar el proyecto *Intensificando las acciones de prevención y control del VIH en la provincia de Condorcanqui y el distrito de Imaza*, que cuenta con el financiamiento del Plan Binacional Perú Ecuador y la participación de la ONG Salud Sin Límites Perú, que durante el 2015, a pedido de UNICEF, desarrolló una investigación sobre las barreras comunicacionales para el control y prevención del VIH/SIDA y luego, sobre la base de la misma, una estrategia comunicacional con pertinencia cultural. En la actualidad Salud Sin Límites Perú está encargada de la implementación de dicha estrategia comunicacional.

La estrategia combina, principalmente, la capacitación en diálogo intercultural para los profesionales de salud de la zona, el desarrollo de materiales audiovisuales (spots, canciones, afiches) elaborados con población local, la elaboración de materiales de capacitación (rotafolios) y una caravana comunicacional en que los estudiantes de los colegios secundarios de la provincia reciben capacitación sobre la elaboración de afiches, murales y obras de teatro alrededor del tema del VIH, para que ellos produzcan sus propias piezas comunicacionales basadas en su cultura, las mismas que luego son usadas para

producir otras piezas comunicacionales de amplio alcance, tales como fotonovelas y videos que circulan en los teléfonos móviles.

La intervención es interesante, el problema que está teniendo es la poca apropiación por el sector, haciéndola quedar como una intervención externa más de la cooperación.

Para la estrategia de TB, la preocupación central es cómo fortalecer la respuesta nacional para el diagnóstico precoz en población general y de mayor vulnerabilidad para la tuberculosis, mejorar la adherencia y eficacia del tratamiento, brindando acceso a tratamiento integral a la TB MDR y XDR, y apoyo social integral a los pacientes TB XDR.

Para ello, también a través de la ONG Salud Sin Límites Perú, se desarrolló la *Investigación de la propuesta de modelo de atención con enfoque intercultural en la estrategia de prevención y control de TB en comunidades Asháninkas*, que se enmarca en la propuesta del Perú para el componente Tuberculosis de la Octava Ronda del Fondo Mundial (fuente de financiamiento de Bill Gates que apoya la lucha contra el VIH/SIDA, la TB y la Malaria). Además, se solicitó desarrollar un modelo de atención con enfoque intercultural que permita realizar acciones de articulación entre el sistema de salud oficial y el tradicional.

La investigación aporta como principales resultados que:

- A nivel epidemiológico se ha pasado de un escenario epidemiológico tipo 1 a un escenario epidemiológico tipo 2. Es decir, a pesar de que, aparentemente, no hay un problema de resistencia a drogas (TB-MDR y TB-XDR), se están dando las condiciones para que existan estos casos, debido a factores de riesgo prevalentes en esta población que afectan la adherencia y cumplimiento al tratamiento.
- A nivel de implementación de los servicios se observa que la red no tiene la implementación necesaria para el diagnóstico eficiente de la TB. Sólo cuentan con la tercera parte del personal de salud recomendado por la OMS.
- Otro problema observado es que las comunidades nativas de la zona son muy dispersas. La distancia y el tiempo de llegada al establecimiento más cercano (cuatro horas) complican la administración del tratamiento diario.
- La enfermedad es percibida por la población como un desequilibrio producido por distintas causas (brujería, espíritus de la naturaleza, otros). Así, la medicina tradicional es tomada como una primera opción (plantas medicinales y especialistas: *sheripiaris* y vaporeadoras). El personal de salud conoce poco esta información.
- La población concibe que estar sano es poder realizar sus labores normalmente, no tener síntomas molestos es tomado como estar sano y esto retrasa la identificación de la enfermedad.

- Los pacientes hablan español pero no necesariamente lo entienden.

Frente a esto se propone un modelo de intervención con base en cuatro líneas transversales:

- Línea 1: Fortalecimiento de las competencias del personal de salud para la atención del usuario asháninka a través de cinco módulos de capacitación que incluyen las líneas de cultura, participación e intersectorialidad.
- Línea 2: Promover la participación de la comunidad. Por ejemplo, los promotores en el acompañamiento y el tratamiento; los agentes de la medicina tradicional en el intercambio de conocimientos y la derivación de pacientes; la directiva comunal y federaciones en la reducción del tiempo entre inicio de síntomas y búsqueda de tratamiento. Esto incluye buscar opciones como DOTS comunitario para comunidades muy dispersas.
- Línea 3: Implementar materiales de comunicación y educación para la salud con sensibilidad cultural, es decir contenidos apropiados e idioma de la población.
- Línea 4: Fortalecer la intersectorialidad para afrontar los determinantes sociales (vivienda, trabajo, gobierno local).

Hemos expuesto el trabajo para mejorar la salud de los pueblos indígenas de dos estrategias sanitarias. Es probable que lo expuesto no sea exhaustivo, tal vez alguna otra estrategia sanitaria ha desarrollado investigación u acción para la salud de los pueblos indígenas bajo un enfoque de interculturalidad, sin embargo, en nuestra exploración no hemos podido encontrar más al respecto y consideramos que lo expuesto es no solo representativo sino bastante abarcativo sobre la realidad nacional.

Lo que nos parece importante es que estas respuestas incorporan un enfoque de derecho a través de la preocupación por la interculturalidad y desde allí es que se apuesta por reducir brechas. La limitante es que al canalizar la intervención a través de la cooperación el Estado no incorpora conocimientos ni desarrolla políticas.

Más que respuestas de política pública para pueblos indígenas ya acabadas, lo que tenemos aquí son respuestas e iniciativas piloto que pueden informar la política pública.

#### d) La Dirección de Salud de Pueblos Indígenas

No podemos terminar este capítulo sin dedicar un espacio especial, aunque breve, a la Dirección de Salud de los Pueblos Indígenas. El espacio es breve pues esta entidad es de reciente creación (febrero del 2016); sin embargo, cabe resaltar que es la primera vez que la problemática de salud de los pueblos indígenas es asumida desde una dirección, lo que quiere decir que su nivel de autonomía será mayor, además de contar con manejo presupuestal propio. A diferencia de una estrategia o un centro, una dirección tiene responsabilidad y autoridad, además de presupuesto.

Pero lo más importante, y lo que hace que la incluyamos en esta sección, es que la Dirección asume desde su normativa de creación un enfoque explícito de salud intercultural. Finalmente, aunque la Política Sectorial de Salud Intercultural ha sido presentada dentro del CENSI, lo cierto es que al conversar con funcionarios de la Dirección, estos, al igual que los del CENSI, manifestaron que es a su institución a quien le corresponde desarrollar la política. Esto muestra una vez más, al igual que pasaba con la Unidad Técnica Funcional y el CENSI, el solapamiento de roles y funciones respecto a la salud intercultural en el MINSA.

Según el ROF 2016 del MINSA (Decreto Supremo N° 007-2016-SA) la Dirección de Salud de los Pueblos Indígenas es un órgano de línea de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, que a su vez pertenece al Despacho Viceministerial de Salud Pública. De forma resumida, sus funciones son:

1. Formular intervenciones estratégicas para prevención, control y reducción de los riesgos y daños a la salud de los pueblos indígenas, considerando el enfoque intercultural.
2. Identificar y proponer prioridades de intervenciones estratégicas bajo un enfoque participativo.
3. Formular e implementar políticas, normas y lineamientos.
4. Desarrollar acciones de monitoreo, seguimiento y evaluación, en coordinación con otros sectores del Estado.
5. Coordinar la ejecución de estrategias y campañas comunicacionales que promuevan las prácticas saludables.
6. Formular e implementar normas y lineamientos orientados a la detección temprana de problemas de salud en población indígena.
7. Brindar asistencia técnica y capacitación a los distintos niveles de gobierno en materias de su competencia.
8. Desarrollar investigación en materia de su competencia.
9. Emitir opinión técnica en el ámbito de su competencia.

La dirección, a nuestro juicio, constituye la posibilidad de implementar respuestas a la situación de la salud de los pueblos indígenas, siendo esta problematizada como brechas o como derechos, esto pues sus funciones no son limitantes y por ser el ente al que le correspondería la implementación de la Política Sectorial de Salud Intercultural, que tiene un fuerte asidero en el cumplimiento de derechos. La Dirección, sin embargo, como veremos en el último capítulo, es una entidad aún frágil.

## CAPITULO IV

### LA RED DE EXPERTOS DE LA SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS Y LAS ORGANIZACIONES INDÍGENAS

En este capítulo presentamos a los actores en el proceso de formación de agenda de las políticas de salud para pueblos indígenas del Perú. Hemos dividido a nuestros actores en dos grupos, presentaremos primero a la *red de expertos*, conformada por profesionales de la salud y las ciencias sociales que tienen participación en el gobierno pero también en la cooperación y en institutos dedicados a la investigación, entre otros.

Luego de presentar y analizar el caso de los expertos, hemos reservado un pequeño espacio para describir un poco más el contexto público en el cual estos actores se mueven. Para ello presentaremos brevemente la organización de carácter vertical del Ministerio de Salud del Perú y cómo esta se vincula a soluciones incrementales para pueblos indígenas, desatendiendo una aspiración central de los mismos, es decir, una oferta de salud más integral, acorde a su visión holística de la salud.

Un segundo grupo de actores, que podríamos decir son participantes naturales de la temática que nos interesa, son las organizaciones indígenas. Para explicar su alejamiento en la formación de agenda haremos un breve repaso a la llamada *Ausencia peruana*, que hace referencia a la baja movilización social de las organizaciones indígenas peruanas en comparación con las de los países vecinos: Bolivia y Ecuador.

#### **4.1 La Red de asuntos: Funcionarios, científicos sociales y profesionales de la salud**

Antes de empezar nuestra presentación conviene repasar la categoría *Red de asuntos*, a veces también llamada red de actores o expertos, propuesta por Hugh Hecló. El autor construye esta categoría en respuesta a la tendencia de análisis que busca encontrar pocos grupos de dominio sólidos que ejercen su presión unos contra otros. Para él, en cambio, las Redes de asuntos “... más que grupos unidos para tener dominio sobre un programa, no hay

nadie que de hecho controle las políticas y los problemas. Cualquier interés material inmediato está en un segundo plano, lo primero es el compromiso intelectual o emocional” (Heclo, 1978: 263). Sobre los integrantes de las redes el autor nos dice: “... los verdaderos expertos de una red son los que poseen habilidad en el tratamiento de los asuntos, es decir, aquellos que conocen las interioridades de un debate específico sobre una política, sin importar su formación y entrenamiento profesional... Es a través de estas redes de personas que se reconocen unas a otras como conocedoras y expertas, o al menos, como personas que saben buscar las respuestas, que los asuntos de políticas públicas se depuran, se discute la evidencia y se elaboran las alternativas, aunque la más de las veces sea de manera desorganizada y sin coordinación” (Ibídem: 264).

Según Heclo, los expertos están cada vez más presentes en un escenario en que los problemas que toma el Estado aumentan y se vuelven más técnicos, sin embargo su poder viene de su experticia y no de la política. Es más, su experticia puede terminar volviéndose un problema pues los expertos lo que quieren es entender una situación y no necesariamente tomar decisiones. Este entendimiento cada vez más específico termina por hacer sus argumentaciones ininteligibles para la ciudadanía. Mientras, el político duro debe ir en el camino contrario, la generalización.

En la presencia cada vez mayor de los expertos hay una contradicción inevitable. Estos son cada vez más necesarios, pero su compromiso e interés por actuar no es el mayor y llevan finalmente a la deslegitimización del político que fue elegido no por su experticia sino por su conexión con la ciudadanía.

En el acápite siguiente intentaremos analizar qué tan bien encajan nuestros expertos en la descripción presentada, cuál ha sido su rol en la identificación de problemas y la propuesta de alternativas, qué tanta influencia han conseguido para sus políticas, cuál ha sido su papel dentro de la estructura del gobierno y qué tipo de relación han mantenido con nuestro segundo gran actor, las organizaciones indígenas. Creemos que esta presentación nos permitirá entender el alcance que las políticas de salud para pueblos indígenas han logrado hasta la fecha.

#### 4.1.1 Presentación de la red de expertos

Nuestros actores son profesionales provenientes de las ciencias de la salud (médicos, enfermeras, obstetras), las ciencias sociales (sociólogos y antropólogos) y la docencia.

Nuestra red de expertos es más densa en el Estado, allí los expertos están en distintas oficinas del Ministerio de Salud en que sus habilidades especiales son requeridas con más o menos frecuencia. Se ubican en las Estrategias Sanitarias de TB y VIH, en la Dirección de Epidemiología, en el Centro Nacional de Salud Intercultural y la Dirección de Pueblos Indígenas, entre otros.

Algunos no están en el MINSA en este momento y ahora se encuentran en otras partes de las estructuras del Estado, como el Ministerio de Cultura. Varios de ellos se encuentran ubicados ahora, o han estado hasta hace poco, en espacios de la cooperación (UNICEF) y en

Organizaciones no Gubernamentales (Salud Sin Límites Perú, entre otras). Una parte de ellos está vinculada a las Organizaciones Indígenas (dos educadoras).

Su vínculo con el tema tiene claramente una carga personal, muchos de ellos pueden contar una historia de crisis paradigmática al haber entrado en contacto con los patrones culturales de los pueblos indígenas, lo cual los llevó a un cuestionamiento profundo de sus creencias. Una pequeña y particular historia puede graficarlo:

*Cuando era médico en la base militar de Ciro Alegría, durante el conflicto del Cenepa, sucedió que 4 soldados fueron sacados de sus unidades para que vinieran a la base, pues los cuatro sabían hacer pan. Una noche estos muchachos robaron un pato a un comunero awajún, al día siguiente el comando se enteró y en castigo los devuelve a sus unidades. Pasada una semana uno de los muchachos regresa con un cuadro de alucinaciones que no se podía controlar, tuve que referirlo a Lima pues no había nada que pudiera hacer. En las dos semanas siguientes otros dos soldados vuelven, primero uno, luego el otro, con el mismo cuadro y como tampoco podía hacer nada los vuelvo a referir. Desde Lima me decían que no mejoraban y que solo repetían “pato negro”. Poco después otro soldado me cuenta que estos son los chicos que habían robado el pato y me dice que el dueño del pato era brujo. Por pura curiosidad lo voy a visitar, y el señor me confiesa que, efectivamente, él les había hecho el daño y que si le pagaban su pato no solo mejorarían sino que el muchacho que faltaba no iba a llegar enfermo. Entre bromas converso con el general y, a regañadientes, este acepta pagarle. A los pocos días todos comienzan a mejorar. Me pareció muy raro y de allí comencé a acercarme a los curiosos y brujos, que habían muchos en esa comunidad y a aprender sobre medicina indígena, antes de eso no creía en esas cosas, no conocía nada. (Juan Quezada, ex responsable de UNICEF para Cusco).*

Otros, por su trabajo, se vieron vinculados a los pueblos indígenas y, producto de cierta sensibilidad innata, o de una curiosidad muchas veces de carácter científico, fueron acercándose a conocer su realidad. Todos tienen una larga experiencia de campo y en alguna medida de convivencia con otras culturas, todos han pasado por una especie de *trabajo de campo antropológico* en su contacto con los pueblos indígenas, y esto es un diferencial importante en su acercamiento al tema con respecto a sus colegas dentro y fuera del Ministerio de Salud.

#### 4.1.2 La agenda de la red de expertos y los casos de éxito identificados

Preguntados por la agenda de salud de los pueblos indígenas, los expertos presentan ideas desiguales, muy marcadas por experiencias personales, vinculadas a sus áreas de trabajo. La agenda se presenta bastante amplia, sin mayor acento en puntos específicos, denotando los pocos avances que hay frente a las problemática de salud de los pueblos indígenas. Esta puede ser dividida entre una agenda más de carácter sanitario y una agenda estructural:

Agenda Sanitaria:

1. Mortalidad materna e infantil

2. Desnutrición crónica y anemia
3. Contaminación y metales pesados
4. Inmunizaciones
5. Seguridad alimentaria frente al cambio climático
6. Enfermedades transmisibles
7. Enfermedades metaxénicas
8. Embarazo adolescente

Agenda Estructural:

1. Diseño de Modelos de Atención adaptados
2. Participación
3. Comunicación intercultural
4. Visibilización de lo indígena
5. *Desculturalización* de la problemática indígena en salud<sup>6</sup>
6. Mejora de la calidad de los servicios
7. Adecuación de la normativa
8. Fortalecimiento de la medicina tradicional
9. Articulación con Agentes de Medicina Tradicional
10. Establecimiento de indicadores de salud intercultural
11. Formación en interculturalidad al recurso humano del sector salud
12. Idioma del prestador
13. Cambio en los criterios de selección de funcionarios para la implementación de la salud para pueblos indígenas (más profesionales de las ciencias sociales, menos de la salud)
14. Capacidad resolutive móvil
15. Sistemas de referencia y contrareferencia
16. Investigación

Es necesario señalar dos puntos; primero, la amplitud de la agenda refleja que, efectivamente, los problemas son amplios, pero también la poca coordinación de los actores, abocados cada uno a temas propios; segundo, la preocupación por el fortalecimiento de la medicina tradicional fue claramente la preocupación principal de nuestros entrevistados más vinculados a las organizaciones indígenas y solo fue un tema secundario, que apareció pocas veces entre los demás entrevistados.

También consultamos a los expertos sobre qué consideran un caso de éxito en la implementación de políticas de salud para pueblos indígenas. Hubo dos posiciones al respecto, la primera es que sencillamente no existe un caso de éxito.

La segunda posición, aunque menor, señala una serie de políticas incrementales como casos de éxito. Por ejemplo: la extensión de las inmunizaciones y la aplicación de los controles de

---

<sup>6</sup> Se hace referencia a la persistencia de la *folclorización* del indígena. Cuando todos los problemas se presentan como diferencias culturales se deja de lado problemas estructurales y desigualdades en el acceso, entre otras realidades que forman la base de la problemática de salud indígena.

crecimiento y desarrollo en niños. Ambas, políticas de salud de carácter general que no han buscado adecuación de sus intervenciones, solo llegar a espacios geográficos en los que antes no se tenía presencia.

También se identificaron algunas intervenciones de tipo regional e intersectorial, como las Plataformas Itinerantes de Acción Social (PIAS), barcos que se movilizan por la Amazonía llevando servicios de salud y registro civil, entre otros, a población de alta dispersión. Igualmente, se identificó a las AISPED, brigadas móviles conformadas por equipos básicos de salud que llegan itinerantemente a población de alta dispersión que, por su ubicación distante, no tiene acceso a puestos o centros de salud.

Solo se identificó una política nacional con algún esfuerzo de adecuación como un caso de éxito, el parto vertical. Dos son los aspectos que permitieron señalarla: primero, la presencia de una normativa que ahora protege al profesional que atiende parto vertical, evitando sea denunciado por otros profesionales por llevar a cabo esta práctica; y, segundo, que se haya implementado una práctica que evita un mayor alejamiento de la gestante hacia el servicio.

Hemos incluido este análisis de casos de éxito pues nos parece ayuda a caracterizar a la red de expertos, las posiciones que ellos asumen se mueven en un largo espectro de qué tan conservadores o progresistas son en cuanto a la existencia de políticas interculturales para pueblos indígenas. Es claro que los más progresistas esperan más que solo adecuación o extensión de cobertura, mientras que los más conservadores ven con buenos ojos el cierre de brechas, la adecuación y las políticas incrementales. Al respecto es muy ilustrativa la siguiente declaración sobre las políticas exitosas:

*Si preguntas a la gente del MINSA te van a decir que lo más exitoso ha sido el parto vertical, pues ha disminuido la muerte materna, pero el parto vertical no ha sido interculturalmente exitoso, pues ha habido persecución a parteras, ha habido persecución de Agentes de Medicina Tradicional. Digo persecución porque les han prohibido ejercer la partería, las han sancionado. Se les acusaba y se les decía que las muertes maternas han sido a manos de ellas. La atención con parteras se da, en los puestos de salud lejanos los profesionales llaman a las parteras, pero nunca aparece eso en las estadísticas, te hacen sacarlo. (Neptalí Cueva, ex director del CENSI).*

#### 4.1.3 Una red discontinua y poco densa

Dos características particulares de la red de expertos en salud de pueblos indígenas son su discontinuidad y su poca densidad.

Primero, se puede apreciar que la red tiene dos espacios estancos con poco vínculo entre sí, por un lado están los expertos afincados en el Ministerio de Salud y la Cooperación, y por otro lado los expertos cercanos a las organizaciones indígenas. Algunos de estos últimos tienen vínculos con la cooperación, pero ninguno un vínculo directo con el Ministerio, se trata de una estructura discontinua.

Preguntados sobre la relación entre las organizaciones indígenas y el MINSA los entrevistados señalaron que esta era: bipolar (amor/odio); pero sobre todo, inexistente, o por conveniencia en momentos específicos.

También se logró identificar que el MINSA ha logrado establecer una agenda de trabajo con algunas organizaciones de carácter local; por ejemplo, en una zona norte de la selva donde varios pueblos afectados por contaminación de industrias extractivas habitan una región llamada *cuatro cuencas*. Esto, al parecer, ante el vacío de la agenda de las organizaciones indígenas nacionales en temas de salud. Ante la ausencia de una agenda indígena el Ministerio se dedica sobre todo a resolver emergencias.

Sobre el mismo punto, este vacío tendría en su base la apuesta de las organizaciones indígenas por un enfoque de fortalecimiento de la medicina tradicional no compatible con las soluciones incrementales con enfoque de adecuación más comunes en el MINSA.

Un segundo aspecto es que, dentro del Ministerio de Salud, los expertos dialogan poco entre sí y, es más, manifiestan una abierta desconfianza hacia los otros componentes de su red. Algunos de estos expertos tienen una larga historia dentro de la temática, eso ha facilitado contactos y roces, ya sea por enfoques de trabajo o por temas personales. Así, la red guarda poca comunicación interna, no tiene espacios de encuentro institucionales y cada nódulo de la red trabaja de manera autónoma en sus temas, algunos de los cuales terminan configurándose como una verdadera propiedad personal.

Un buen ejemplo de lo señalado es la demanda de propiedad sobre la Política Sectorial de Salud Intercultural, que para su implementación es reclamada como propiedad única tanto por el CENSI como por la Dirección de Pueblos Indígenas del MINSA.

Un aspecto final es la baja densidad de esta Red. Para la mayoría de los expertos el tema de la salud de los pueblos indígenas es *un tema más* a trabajar y son pocos los que pueden dedicarle un espacio importante de su labor a esta problemática. Esta exclusividad en su trabajo tal vez se dé solo al interior del CENSI y en alguno de los espacios externos al MINSA.

#### 4.1.4 Los Políticos de Políticas

Desde la red de expertos algunos especialistas han saltado a un espacio de decisión, estos son los llamados *políticos de políticas*, en contraposición a los *políticos de partidos*. Los políticos de políticas son los encargados de hacer que los temas entren en agenda gubernamental, que no sean solo una lista de deseos o necesidades, sino que se vuelvan prioridad, para ello juegan con estrategias formales e informales. Son estos actores los que articulan a la red de expertos con los decisores de orden estrictamente político.

En nuestro caso, los políticos de política son profesionales destacados con larga experiencia en la temática de poblaciones vulnerables -no necesariamente de salud de pueblos indígenas- que, a lo largo de su trabajo y de su formación profesional, han desarrollado una sensibilidad especial hacia el tema. Funcionan como una bisagra entre la red y los decisores, tienen la capacidad de *vender* un tema en términos menos técnicos que la red de expertos

y poseen las conexiones necesarias dentro y fuera de la estructura gubernamental para que las cosas sucedan.

Se trata de muy pocos actores, pero muy comprometidos. En nuestro caso solo logramos identificar tres *políticos de política*, todos los cuales, desde una posición viceministerial, han sido claves en algunas de las políticas que hemos estudiado. Algunos de ellos han estado vinculados previamente al desarrollo de los ASIS Indígenas, a la Norma de Parto Vertical, a la Unidad Técnica Funcional de Derechos, Género e Interculturalidad, al desarrollo del Registro de Pertenencia Étnica y a la normativa para el contacto con Pueblos Indígenas en Contacto Inicial.

Sobre todo, estos tres actores fueron clave en la aprobación de la Política Sectorial de Salud Intercultural y en la creación de la Dirección de Pueblos Indígenas del MINSA.

#### **4.2 Verticalidad y soluciones incrementales para pueblos indígenas**

En esta sección queremos presentar el vínculo entre la forma de organización de la atención de la salud en el MINSA y el tipo de soluciones que se han desarrollado para los pueblos indígenas. Para ello expondremos qué es la verticalidad en salud y cómo es que entra en confrontación con la visión holística de la salud que detentan los pueblos indígenas.

Nuestro sistema de salud pública, al igual que nuestro sistema de educación pública, son respuestas a las necesidades de un Estado que durante el siglo XX se estructura para el desarrollo del sistema político económico capitalista.

El gran debate político de fines del siglo XIX e inicios del XX en Perú, fue el llamado *Problema del indio*. Antes de 1940 el Perú termina de optar por una matriz de producción capitalista, lo que significa liberar a un gran grupo de trabajadores que se encontraban adscritos a haciendas sobre todo serranas en la categoría de *yanaconas*<sup>7</sup>, sin recibir ingreso económico y trabajando para hacendados rentistas (no capitalistas). Desde inicios del siglo XX, los ingenios azucareros de la costa y otras industrias comienzan a requerir mano de obra asalariada.

Durante el siglo XX las grandes obras del capitalismo, y del desarrollo del Estado, pasan a requerir trabajadores con cierto grado de instrucción (no educación en el sentido que le damos ahora, sino más estrictamente nacionalización) y al mismo tiempo, condiciones mínimas de salud. La salud pública se desarrolla para enfrentar los problemas de los trabajadores del capitalismo, por ejemplo la adquisición de rabia o malaria en las selvas de nuestros países durante la construcción de oleoductos y otras instalaciones. El modelo de sistema de salud creado se replica en toda la región.

La segunda mitad del siglo XX ve emerger un marco transnacional de derechos y un cada vez mayor interés en las teorías del desarrollo, así como una preocupación por la

---

<sup>7</sup> Trabajadores indígenas de haciendas serranas que no recibían pago y vivían en condiciones de semiesclavitud.

modernización. En ese escenario, las soluciones de salud pública muy parciales comienzan a ampliarse más allá de los trabajadores y más allá de categorías restringidas de enfermedades.

Con la creación del UNICEF una preocupación por la alimentación, y luego el estado nutricional de los niños, comienza a pasar a la agenda de los Estados. Con la creación del Fondo de Población de las Naciones Unidas la preocupación se expande a otras categorías de personas, las mujeres, pero en especial las mujeres embarazadas. En un escenario de crecimiento gradual de un esquema de derechos universales, la atención de la salud va ampliando los problemas que cubre, las categorías de personas que atiende y la profundidad de sus servicios.

Como se puede ver, la atención de la salud no es concebida desde un inicio como universal, ni la salud es vista desde siempre como un derecho. Más aún, en medio de un escenario en que los Estados están marcados por la pobreza, se desarrollan estrategias parciales y se eligen prioridades. Por ello, alguna de las primeras estrategias sanitarias nacionales creada fue la estrategia de alimentación y nutrición saludable, luego vino la de TBC, y luego siguieron otras más.

Este esquema, de canalizar la atención de la salud a través de estrategias sanitarias, se repite hasta el momento actual, en el que tenemos 16 estrategias, cada una con su personal, sus recursos, su presupuesto y sus cadenas de mando desde el nivel nacional hasta los pequeños establecimientos con uno o dos técnicos de salud. A este esquema se suma la posterior creación de seis etapas de vida, que en inicio debieron transversalizar un conjunto de atenciones que se daban dentro de cada estrategia, pero que en la práctica vinieron a sumarse a las mismas.

Esta forma de concebir el sistema de salud tiene implicancias directas para la salud de los pueblos indígenas. El principal motivo de esto es que este sistema de salud refleja una concepción de salud como *no estar enfermo*, mientras que la visión de la salud de los pueblos indígenas apunta a un equilibrio o armonía de la persona, la sociedad, la naturaleza y el cosmos.

Es decir, la concepción indígena de la salud es holística y por tanto integral. Como señala Portocarrero: “Las nociones de salud y enfermedad no son las mismas en todos los sistemas médicos. Si bien es cierto, se comparte la noción de la salud como un estado de bienestar, en el mundo andino y amazónico refiere específicamente a un sinónimo de equilibrio, principalmente entre tres dimensiones: el individuo, el grupo o comunidad, y el medio físico. Esta es una noción que viene heredada desde tiempos milenarios, en donde el aseguramiento del equilibrio entre el Hanan Pacha (mundo de arriba), Kai Pacha (mundo de aquí) y Uku Pacha (mundo de los muertos y de los seres debajo de la superficie) era de suma importancia. Así, la salud en el mundo andino no es definida como la ausencia de enfermedad, sino más bien como un estado de ajuste o de equilibrio” (Portocarrero, 2013: 26).

Con lo expuesto, lo que hemos querido señalar no es solo que en ciertos ámbitos la forma de estructuración del sistema de salud oficial entra en contradicción con las concepciones indígenas, sino que suele resultar insuficiente. Una estructura de atención de la salud vertical rechaza la integralidad de la persona y su vínculo con su ambiente. La persona atendida desde una noción biologicista reduccionista verá que distintas dimensiones de su problema de salud (problemas sociales, relaciones con el medio ambiente, problemas psicológicos, etc.), no son atendidos. Para hacer más entendible el enfoque vertical, piensen en el caso de los programas verticales destinados a la salud sexual reproductiva de la mujer, en ellos la preocupación no va hacia los problemas de salud de la mujer, sino de la mujer embarazada, para ser más claros, en un enfoque vertical esta es reducida a su aparato reproductivo.

Por lo expuesto se hace notorio que el problema de la salud indígena reclama soluciones más integrales y abarcadoras, pero frente a eso lo que se obtiene son respuestas de salud incrementales. Esto es difícil de superar pues las soluciones no incrementales implicarían asumir el punto de vista sobre la relación salud - enfermedad de los pueblos indígenas y eso sería cuestionar el enfoque de la salud del ministerio, en parte esta es la propuesta de la salud intercultural. Desde este punto de vista las soluciones incrementales terminan siendo las respuestas más probables.

Charles Lindblom argumenta que en políticas públicas “Es una cuestión de observación común el hecho que los administradores públicos y los analistas de políticas, en general, de las democracias occidentales, limitan en gran medida sus análisis a las diferencias incrementales o marginales de las políticas que se escogen para que difieran solo de manera incremental” (Olavarría, Mauricio, 2007: 73). Para este autor no cabe esperar grandes cambios en las políticas públicas, ante lo contingente de los cambios políticos, lo más racional (es decir, el balance entre costo y efectividad) es apostar por pequeños cambios.

Como hemos visto en el capítulo tres, la mayoría de las apuestas en salud para pueblos indígenas han ido en ese rumbo, nos referimos a la adecuación cultural. Incluso la medicina tradicional, tal como fue trabajada por el Inmetra adopta un enfoque biologicista, dirigiendo sus estudios hacia la indagación de los *componentes activos* de las medicinas tradicionales, es decir, al estudio de los componentes químicos de las plantas, un enfoque absolutamente biologicista. La entrada más novedosa viene a ser la interculturalidad, pero esta en muchos casos termina también reducida a adecuación.

En resumen, la verticalidad y las soluciones incrementales hacen una mala suma y tal vez están en la base de la distancia entre las respuestas a la salud de los pueblos indígenas desarrolladas por el MINSA y las expectativas de los mismos pueblos.

#### **4.3 Organizaciones indígenas: la excepción peruana en la formación de la agenda.**

En esta sección buscamos presentar la llamada *excepción peruana*. Por excepción peruana se conoce la ausencia de un discurso de reafirmación indígena en un plano político, discurso

que en otros países andinos con un importante porcentaje de población indígena ha cobrado mucha fuerza, especialmente en Ecuador y Bolivia.

La excepción peruana atañe especialmente a uno de los que deberían ser los principales actores en la formación de la agenda por la política de la salud para pueblos indígenas, es decir, las propias organizaciones indígenas.

Nos interesa caracterizar la institucionalidad en estas organizaciones, pues pensamos puede ser explicativa de su papel, o más bien de la ausencia del mismo, en la formación de la agenda de salud de pueblos indígenas del Perú. Pensamos que mostrar comparativamente el escenario de las organizaciones indígenas peruanas dentro del área andina puede ayudarnos a ese fin.

Para esta exposición, primero presentaremos qué es ser indígena y cómo se expresa esto específicamente en Perú; segundo, expondremos algunos ejemplos de la reafirmación indígena a que nos hemos referido en los países vecinos del área andina (Ecuador y Bolivia); tercero, mostraremos algunas de las explicaciones más usuales de esta ausencia de movimiento indígena en Perú y; cuarto y finalmente, presentaremos a los principales actores del escenario indígena peruano, repasando rápidamente algunos de sus logros en la formación de la agenda de algunos temas de especial sensibilidad.

#### 4.3.1 ¿Qué es ser indígena?

No hay una definición única o precisa sobre qué es un pueblo indígena. En el mundo occidental, o moderno, se asume que lo indígena es un resabio de un tiempo pasado, se da por sentado que la forma de vida de nuestras ciudades es mejor o más evolucionada, y lo indígena es visto con desprecio y discriminación. Una serie de categorías son asociadas a lo indígena, y estas son arbitrariamente entendidas como inferiores, por ejemplo: rural o no hispanohablante. Otra serie de categorías más se le asocian, considerándolas como un correlato de lo indígena, por ejemplo: pobre o analfabeto.

En general, estas ideas expresan un gran desconocimiento sobre la realidad indígena y sobre la misma historia de nuestra sociedad. Por ello, se hace necesario empezar brindando información general.

Primero, diremos que al señalar a alguien como indígena se está utilizando una categoría de identificación. Cada uno de nosotros hace uso de distintas categorías de identificación, nuestra imagen como persona contiene distintas dimensiones: género, clase, cultura, lengua, etnia, profesión, procedencia, entre otras. Así tenemos: mujeres campesinas, quechua hablantes, chopccas, tejedoras de Huancavelica; o un hombre, cafetalero, asháninka, de Satipo. No todos usamos las mismas categorías en todos los momentos y a veces ciertas categorías pasan desapercibidas o incluso están ausentes, como la categoría étnica entre la mayoría de habitantes de clase media hispanohablantes de la ciudad de Lima.

La categoría indígena hace referencia a ciertos elementos que bien pueden expresarse a través de los intentos de definición de pueblos indígenas. Una de las definiciones más conocida es la que propone la Organización Internacional del Trabajo en el llamado convenio 169 (OIT, 1989). Este sostiene que se puede considerar indígena a:

1. Los descendientes de aquellos que habitaban el área antes de su colonización.
2. Que han mantenido sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas desde la época de la colonización y el establecimiento de los nuevos estados.
3. Finalmente, la auto-identificación es crucial para los pueblos indígenas.

Esta definición hace referencia a la continuidad histórica de características objetivas (instituciones sociales, económicas, culturales o políticas) y a características subjetivas (la autoidentificación).

Sin embargo, esta no es la única definición que se ha propuesto, otras definiciones hablan de sometimiento a una estructura estatal, haciendo énfasis en la diferencia de poder. En otros casos se separa alguna característica cultural específica como la lengua.

El segundo elemento del concepto que tocamos acá es *pueblo*. Se trata de una categoría intermedia y no necesariamente aceptada por todo el mundo. Al decir que es una categoría intermedia queremos señalar que pueblo no hace referencia sencillamente a una acumulación de personas, pero tampoco es una categoría tan específica como nación, una comunidad imaginada estrechamente, pero no necesariamente vinculada a un Estado.

Sin embargo, la categoría de pueblo no es aceptada por todos los indígenas, por ejemplo, en Ecuador estos se autodenominan naciones y reclaman que no existe ninguna diferencia entre ellos y otras comunidades imaginadas que reciben ese nombre. En estos países la etnicidad ha estado fuertemente vinculada a la búsqueda de formas de gobierno más adecuadas, y en muchos casos autónomas. Este no es el caso en todas partes y la categoría pueblo termina siendo una categoría flexible, que no necesariamente configura un reclamo de autonomía política pero que no niega esta posibilidad.

Según el *International World Group for Indigenous Affairs*, actualmente existen no menos de 370 millones de personas indígenas en el mundo, distribuidos en alrededor de 5000 pueblos. Una cifra importante que nos recuerda la resistencia de lo indígena y lo forzado que resulta denominarlos minoría.

En el Perú, actualmente, contamos con una base de datos de los pueblos indígenas (Ministerio de Cultura). Según la base de datos del Ministerio de Cultural del Perú, nuestro país cuenta con 55 pueblos indígenas (y 52 lenguas), 4 andinos y 51 amazónicos, distribuidos en prácticamente todas las regiones del país. Además, el Perú es uno de los pocos países del mundo donde aún existen pueblos indígenas en aislamiento voluntario.

Según el censo del 2007, tenemos 4 millones de indígenas (15 % de la población del país), siendo 3 millones 800 mil de origen andino (92 % de la población indígena) y 332 mil de origen amazónico (8 % de la población indígena). Los quechua-hablantes son la mayoría pero su porcentaje en relación a la población nacional viene disminuyendo (1961-2007: 32.8 % - 13 %). Lo mismo sucede con los aymara-hablantes, el segundo grupo mayoritario (1961-2007: 3.5 - 17 %) (INEI, 2009).

Sin embargo, existen debates acerca de esta cifra, pues uno de los problemas es que hasta el momento los cálculos sobre la identidad indígena se hacen en base a la lengua materna. Se calcula sin embargo que esta cifra puede ser mayor. Si se usan otras variables la información es reveladora, por ejemplo, según el censo agrario del 2012 en el 73 % de las 5000 comunidades campesinas del Perú se habla un idioma indígena, el 70 % de las comunidades mantienen tierras comunales, 88 % practica un trabajo comunal, 37 % recorre a curanderos<sup>8</sup>.

#### 4.3.2 El movimiento indígena en los países vecinos del área andina

Como mencionáramos antes, hasta fines del siglo XIX el discurso privilegiado de los Estados latinoamericanos fue el mestizaje, asumiendo que la diversidad étnica de nuestros países se iría diluyendo y creando una supuesta raza mestiza. Pero este discurso comienza a ser cuestionado a partir de la movilización política promovida por distintas organizaciones indígenas, especialmente en Ecuador y Bolivia. Esto se expresa no solo en la llegada al poder de ciertos candidatos con apoyo indígena sino del cambio de legislación en cada país, en algunos casos con el reconocimiento expreso de la diversidad étnica en las cartas constitucionales.

Ecuador cuenta con una de las organizaciones indígenas que en algún momento fuera de la más fuerte de la región, la CONAIE. Desde 1990 esta fue la impulsora de diversas movilizaciones sociales que terminan incluso con el derrocamiento de dos presidentes: Abdalá Bucaram en 1997 y Jamil Mahuad en el 2000 (Pajuelo, 2004).

Las organizaciones indígenas ecuatorianas organizaron levantamientos en julio del 1990, junio de 1994 y 1999 y enero del 2000 y 2001. Se puede decir que el movimiento indígena de Ecuador impulsó la movilización social de su país por 15 años, entre 1990 y el 2005, cuando su cercanía al gobierno del ex militar Lucio Gutiérrez los termina deslegitimando.

Las explicaciones al uso del crecimiento del movimiento indígena ecuatoriano suelen hacer referencia a la formación de intelectuales indígenas con un alto nivel educativo y a la gestación de un movimiento de bases que nace a partir de las leyes de reforma agraria de 1964 y 1973. Estos dos hechos darían origen a dos organizaciones de nivel intermedio y con un marcado discurso indígena, la ECUARUNARI (1972) y la CONFENIAE (1980). Estas dos organizaciones estarían en la base de la conformación de la CONAIE, quien sería impulsora del movimiento social y de las principales reivindicaciones indígenas.

---

<sup>8</sup> Esta y más información puede revisarse en: <http://censos.inei.gob.pe/cenagro/tabulados/>

El caso boliviano al parecer tiene su punto de origen también en el proceso de reforma agraria de 1953, posterior a la revolución de 1952 (la segunda más importante de América Latina, luego de la mexicana) y la posterior formación de sindicatos agrarios. Se trata de un difícil equilibrio entre el sindicalismo clasista y el movimiento indígena. Desde el 52 en adelante la movilización social no cesará en Bolivia, se moverá por distintos territorios (tierras altas y bajas) y buscará distintas reivindicaciones, mostrando una ebullición social y un trabajo continuo.

Al parecer, el movimiento *katarista*, formado a inicios de los setentas luego del agotamiento del pacto entre campesinos y militares posterior a la reforma agraria, viene ya reivindicando la identidad étnica junto a las luchas sindicales. Todo esto termina con un fuerte proceso de generación de organizaciones y partidos que podríamos llamar “post kataristas”. Según Franck Poupeau, a inicios de los noventas el katarismo entra en crisis tanto organizativa (lucha por liderazgos) como ideológica, lo que se expresa en la candidatura de Víctor Hugo Cárdenas con Gonzalo Sánchez de Lozada (Poupeau, 2014).

Es esta alianza la que eventualmente le da fuerza al Movimiento al Socialismo (MAS). No sin conflictos internos el MAS pasa de ser un movimiento de reivindicación de la *hoja sagrada* de la coca a una plataforma de lucha con un fuerte componente identitario. Sus dos momentos culminantes son la guerra del agua en Cochabamba el año 2000 y las guerras del gas el año 2003.

Tras la muerte de 60 personas en octubre del 2003, y la renuncia de Sánchez de Lozada, el presidente Carlos Mesa organiza un referéndum para dirimir el tema del gas, siendo los resultados obtenidos vistos como producto del apoyo del MAS, lo que termina catapultando a Evo Morales como presidente el año 2005.

Morales, al llegar al poder, termina cumpliendo sus principales promesas: nacionalización de recursos naturales y Asamblea Constituyente, con la finalidad de *Descolonizar el Estado*. Estos cambios terminan teniendo un impacto importante en el tema de la salud intercultural en el país, pues dan pie a una estructura estatal que permite tener un viceministerio de salud intercultural, entre otras políticas públicas para la salud de los pueblos indígenas desde el mismo ministerio de salud.

#### 4.3.3 Explicaciones sobre la *excepción peruana*

A continuación abordaremos la falta de movilización indígena en Perú. Para ello revisaremos las principales explicaciones sobre la llamada *excepción peruana*, tal como las presentan los antropólogos Ladislao Landa y Ramón Pajuelo.

Landa, citando a Rodrigo Montoya y Oscar del Alamo, presenta las siguientes causas: “(1) ausencia de intelectuales indios; (2) geografía dispersa y, en consecuencia, la existencia de diferentes grupos étnicos que no logran unir esfuerzos; (3) la inexistencia de una burguesía india; (4) la presencia de la izquierda occidental, que nunca entendió lo indio; (5) la reforma agraria velasquista, que se apropió de los símbolos indígenas; (6) la presencia de Sendero

Luminoso como una anomalía que impidió la organización indígena; y (7) la ausencia de una teología de la liberación de los de abajo. Por su parte, Oscar del Alamo (2005) plantea la “inhibición del movimiento”, causada por: (1) una migración más acentuada en el Perú que en Bolivia y Ecuador; (2) la inexistencia de intelectuales indígenas; (3) una mayor extensión geográfica en el Perú; (4) una “composición multiétnica y peso demográfico indígena [...]. A mayor heterogeneidad pueden surgir mayores problemas de coordinación”; (5) una mayor influencia del indigenismo proteccionista; (6) la decepción política de la población y, también, del sector indígena; (7) un menor grado de conciencia indígena; (8) la presencia de una guerrilla y vínculos con el narcotráfico, hechos que impiden dicha conciencia indígena; (9) “Lima: centro de represión de identidades”; (10) un proceso de mestizaje más evidente; y (11) la presencia de una clase media indígena.” (Landa, 2006: 129)

Ramón Pajuelo presenta las explicaciones de Xavier Albó, para quien particularidades estructurales del caso peruano son las que hacen la diferencia. Primero, la fuerte migración peruana hacia la costa habría estado gestando un fenómeno de desindianización que no tiene paralelo en los países vecinos, esta migración habría dado origen a la identidad chola. Una segunda explicación es la usurpación de los símbolos étnicos por parte de las élites criollas a lo largo del siglo XX, lo que deja a la población indígena sin referentes para imaginar una comunidad. La tercera explicación sería el impacto de la violencia política entre sendero y el gobierno fujimorista, que desarticula las posibles bases de formación de identidad étnica.

Las explicaciones ensayadas sobre la ausencia del movimiento indígena peruano no terminan de ser convincentes por separado, cada una tiene una posible respuesta desde los países vecinos, siendo necesario tal vez contemplar esta ausencia como resultado de una configuración particular, ensamblada por todo el conjunto de respuestas.

Lo que es importante señalar acá es que esta ausencia peruana tiene su reflejo en la baja participación de las organizaciones indígenas en distintas movilizaciones sociales. Usualmente solo las organizaciones indígenas amazónicas se movilizan y solo para temas vinculados a la titulación de comunidades, el reconocimiento de áreas de conservación y en general la seguridad jurídica de su territorio. El caso de la salud no es una excepción en este escenario generalizado de ausencia.

#### 4.3.4 Actores en el escenario indígena peruano

Los actores del escenario indígena peruano han ido cambiando, al igual que en los países vecinos. Consideramos que el único actor que ha logrado permanecer a lo largo del tiempo es la organización que agrupa a los pueblos indígenas de la Amazonía peruana AIDSESP, la Asociación Interétnica para el Desarrollo de la Selva Peruana. Otra organización que anteriormente tuvo fuerza para reivindicaciones de carácter identitario, CONACAMI, la Coordinadora de Comunidades Afectadas por la Minería, ha ido perdiendo presencia hasta desaparecer. Las antiguas organizaciones sindicales como la CNA, la Confederación Nacional Agraria, o la CCP, la Confederación Campesina del Perú, han casi desaparecido del escenario, por ello no incluimos su análisis en este trabajo. Al contrario, han surgido algunas

organizaciones de corte más étnico pero de futuro incierto, nos parece importante considerar a una de ellas, ONAMIAP, la Organización Nacional de Mujeres Indígenas, Andinas y Amazónicas del Perú, porque fue parte de la consulta de la Política Sectorial de Salud Intercultural.

AIDSESEP se forma en 1980 como una ONG, es la primera organización indígena de alcance nacional que agrupa a los pueblos indígenas amazónicos. Surge a partir de los esfuerzos de los pueblos asháninka, amuesha y awajún. En un inicio se avoca a la defensa jurídica de los territorios indígenas, ayudando a la titulación de tierras de comunidades nativas, con el tiempo comienza a desarrollar otros esfuerzos, por ejemplo FORMABIAP, su programa de formación de Maestros Interculturales, o su programa de formación de técnicos en enfermería intercultural, hoy desaparecido. Ha desarrollado también intervenciones para la formación de comunicadores indígenas y ha tenido un programa de mujer indígena, entre otros.

A lo largo de su existencia ha debido enfrentar varios retos, siendo el más reciente el levantamiento indígena del 2009 contra un conjunto de leyes que afectaban la seguridad jurídica de los territorios. Este levantamiento terminó en un enfrentamiento conocido como *el baguazo* (por haber sido el foco central del enfrentamiento la ciudad de Bagua), donde perdieron la vida indígenas y fuerzas del orden. Actualmente la organización, que siempre ha dependido de fondos de cooperación internacional para su existencia, se encuentra pasando por un momento difícil, luego de que iniciara un proceso de demanda a su ex presidente por el mal manejo financiero institucional.

En nuestro análisis de organizaciones AIDSESEP es el actor principal, por ello conviene decir algunas palabras más sobre su relación con el sector salud del Estado. Primero, es necesario señalar que se trata de una relación débil y eventualmente hostil, y esto es reconocido por la propia organización y por el sector salud. Esta relación fue graficada como: “La relación entre el MINSA y la Organización no existe, es como la relación con las parteras, cuando las necesitas las llamas” (Julio Portocarrero. Antropólogo, equipo técnico del CENSI); “Ante el Estado los indígenas se comportan como pacientes no como actores con agencia” (Patricia Balbuena, ex viceministra de interculturalidad, Ministerio de Cultura).

Aunque pueden sonar duras, ambas afirmaciones nos parecen correctas, ellas grafican el uso instrumental que el sector hace de las organizaciones indígenas y el poco interés que AIDSESEP ha puesto a la agenda de salud para pueblos indígenas del MINSA. Al interior de AIDSESEP la mirada no cambia:

*La relación de AIDSESEP con el MINSA es distante, es uno de los ministerios con los que menos relación tienen, siempre los derivan con el CENSI [...] La apuesta de AIDSESEP ha sido sobre todo el fortalecimiento del sistema de salud indígena y nuestro pedido era un viceministerio de salud indígena, no intercultural. (Mónica Sicchar, asesora de salud y educación de AIDSESEP).*

Este desencuentro parece tener en su base la diversidad de visiones sobre el trabajo de salud con pueblos indígenas entre AIDSESEP y el MINSA. AIDSESEP tiene por lo menos dos intervenciones grandes de salud en su historia, la primera un programa integral de medicina alternativa llamado PSI (Programa de Salud Indígena), y la segunda, el programa de formación de técnicos en enfermería intercultural. En ambos casos el enfoque de AIDSESEP no solo es la interculturalidad, entendida como diálogo, sino el fortalecimiento de la medicina indígena, aspecto que suele ser descuidado por el MINSA.

CONACAMI es una organización en inicio de carácter ambiental creada en 1999, para hacer frente a los procesos de expansión de las industrias extractivas, su proceso de etnificación al parecer empieza alrededor del año 2004, con la influencia de diversas instituciones de la cooperación internacional y tras la revisión de las posibilidades que la legislación internacional les daba como organización de pueblos indígenas frente a un esquema sindicalista clásico. Junto a su orientación como organización indígena CONACAMI comienza a incluir otros temas entre sus preocupaciones, por ejemplo, cambian de la preocupación por la tierra a la preocupación por el territorio, al que pasarán a llamar la *pachamama*; además, comienzan a configurar un discurso de autodeterminación política de los territorios.

CONACAMI comienza a perder presencia a partir de la internacionalización de la organización y de sus vínculos con el gobierno. Un primer acercamiento al gobierno de Alejandro Toledo, quien, a través del despacho de la oficina de la primera dama impulsó la creación de una oficina para el desarrollo de los pueblos indígenas del Perú llamada CONAPA, termina en una lucha por el liderazgo de la organización que debilita a todos los participantes; luego, al asumir el liderazgo de una organización de carácter regional, la CAOI, CONACAMI comienza a perder sus principales liderazgos. Finalmente, el proyecto se debilitaría y la organización terminaría perdiendo presencia. Esto, al mismo tiempo que la cooperación internacional que le da soporte comienza a entrar en crisis y disminuye sus posibilidades de apoyo.

ONAMIAP inicia su proceso organizativo en 1995, después de culminado el tercer taller nacional *Mujeres Indígenas Camino a Beijing*, organizado por el Centro de Culturas Indígenas del Perú -Chirapaq. En realidad, se ha visto a ONAMIAP durante mucho tiempo como un subproducto de Chirapaq, que siendo una ONG no podría funcionar como un movimiento social de corte político<sup>9</sup>. En sus propias palabras: “En setiembre de 2008, como Taller Permanente, hicimos un balance del camino recorrido y encontramos muchos avances pero también constatamos dificultades, limitaciones y nuevos retos que enfrentar. Uno de los desafíos más importantes fue la necesidad de tener una representación política que canalice las demandas, necesidades y propuestas de las mujeres indígenas y que logre insertarlas en las agendas de las organizaciones indígenas y en las políticas públicas del Estado”<sup>10</sup>.

---

<sup>9</sup> Este debate no surgió en AIDSESEP, que es una ONG, pero también es eminentemente un actor político.

<sup>10</sup> La fuente es la web de la institución: <http://onamiap-peru.blogspot.pe/2010/08/nuestra-historia.html>

La constitución de la organización se da el año 2009. Su principal objetivo ha sido la formación de liderazgos femeninos, sin embargo, ha tenido una participación activa en diversos debates que implican a todo el movimiento indígena. Han identificado como centro de su agenda el cambio climático, la soberanía alimentaria y la territorialidad. Fue una de las organizaciones consultadas sobre la Política Sectorial de Salud Intercultural.

El esfuerzo más reciente de coordinación de todas las organizaciones mencionadas fue el Pacto de Unidad, donde también tenían presencia otras organizaciones de menor alcance. La agenda del Pacto de Unidad coincide con la agenda presentada para ONAMIAP: territorialidad, soberanía alimentaria, cambio climático. Sin embargo, las dos organizaciones más fuertes de dicho pacto, AIDSESP y CONACAMI, se encuentran en un *interin*, la primera por los problemas judiciales que les significó el baguazo y su situación financiera actual, la segunda por los problemas de financiamiento y de pérdida de liderazgos expuesta (finalmente, por su reciente desaparición); mientras, ONAMIAP es una organización aún pequeña, que tiene el tema de género en el centro de sus preocupaciones y aún no logra la fuerza para comandar a este pequeño batallón de instituciones.

Si bien las organizaciones indígenas en el Perú son históricamente débiles, no se puede decir que no hayan tenido éxitos. En particular AIDSESP ha logrado la titulación de más de 1500 comunidades nativas de la Amazonía y ha logrado el reconocimiento de un número importante de Reservas Comunales y Reservas para Pueblos Indígenas en Aislamiento, categorías impulsadas por ellos mismos como formas de Áreas Naturales Protegidas, siempre dentro de la preocupación de la seguridad jurídica territorial. Sin embargo, no siendo un debate que aquí tocaremos, el papel de la cooperación y la alianza con un conjunto variado de técnicos en temas indígenas ha sido central en la formación de esta agenda y en el impulso del logro de estos éxitos.

Otro éxito importante más reciente es la promulgación de la ley de Consulta Previa, si bien cabe señalar que las organizaciones mencionadas en este acápite terminaron retirándose del diálogo que le dio origen al no estar de acuerdo con la forma como se determinaría a quien consultar, con lo vinculante o no de los resultados de la consulta y con la revisión de las concesiones anteriores a la vigencia de la ley.

Para cerrar este capítulo, tenemos que señalar que la llamada *excepción peruana* está en la base de la explicación de las dificultades de formar agenda indígena para la salud de los pueblos indígenas en el Perú, lo que dejará en buena parte el tema de la agenda de los derechos indígenas en manos de los llamados expertos, los especialistas, los técnicos en pueblos indígenas, es decir, antropólogos y profesionales de la salud vinculados a la problemática indígena, tanto dentro como fuera del Estado.

## **CAPÍTULO V**

### **LAS VENTANAS DE OPORTUNIDAD: CONTAMINACIÓN, PUEBLOS INDÍGENAS EN AISLAMIENTO, CONSULTA PREVIA, PROCESOS DE REFORMA DEL SECTOR SALUD**

#### **5.1 Las ventanas de oportunidad**

Este capítulo trata sobre las ventanas de oportunidad, presentando dos tipos de ventanas, el primer tipo se ajusta a la categoría de ventanas no predecibles (Kingdon, 1995), por ejemplo aquellas que son producto de un problema emergente que llama la atención de los actores sociales; un segundo tipo no se ajusta exactamente a lo que Kingdon llama ventanas predecibles, que son producto de cambios regulares en el contexto, como renovación del gobierno, apertura de otro ciclo presupuestal, entre otros.

Los casos que expondremos no son exhaustivos, buscan más bien ejemplificar el decurso de aprendizaje de los actores que presentamos en el capítulo previo, a lo largo de su proceso de producción de políticas sobre salud de pueblos indígenas. Por lo mismo, nuestra presentación tiene cierta gradualidad. Veremos que la primera ventana toma desprevenidos a los actores, sin acuerdos sobre el problema ni sobre la solución que quieren implementar. En adelante, los actores estarán más preparados, con la consulta previa algunos de ellos actuarán de forma más activa, pero no será hasta el último caso, el proceso de reforma del sector salud, que estos actores lograrán concretar sus objetivos de una política más general de salud para pueblos indígenas, y sin embargo esta concreción será frágil, como veremos en el último capítulo de este trabajo.

Nuestro primer ejemplo presenta los eventos de contaminación del Río Corrientes y la toma de las instalaciones de la empresa petrolera Pluspetrol, que pusieron los ojos de la sociedad y el gobierno sobre la problemática de salud del pueblo Achuar el año 2006. El segundo ejemplo lo conforman los avistamientos de Pueblos Indígenas en Aislamiento o Contacto

Inicial, entre los años 2011 y 2016, que aun siendo cubiertos por la prensa no fueron aprovechados para impulsar una agenda indígena de salud.

Nuestro tercer y cuarto ejemplo tienen consecuencias y un carácter distinto, se trata de la sanción de la ley de Consulta Previa y el proceso de reforma del sector salud (2013 – 2015). Ninguno de estos dos se ajusta a la definición de ventanas predecibles, pues no se trata de eventos breves que dieron algún espacio para el cambio, más bien son periodos largos de gestación que dieron la oportunidad a los actores de ajustar sus problemas y sobre todo sus soluciones. En el primer caso, la ley de consulta previa dio el marco requerido para la consulta de la política de salud intercultural, en el segundo caso, la reforma dio el espacio de tiempo preciso para que los actores se movieran para impulsar la creación de la Dirección de Pueblos Indígenas del MINSA y la aprobación de la Política Sectorial de Salud Intercultural, por lo que ambas ventanas se encuentran en buena medida vinculadas.

Antes de proseguir, hagamos un repaso sobre qué son las ventanas de oportunidad. Para explicarlas Kingdon recurre a la metáfora del lanzamiento de cohetes espaciales (Ibídem: 166). Los actores deberán esperar a que los planetas se alineen, pero una vez esto pase deberán apurarse, pues se trata de condiciones particulares que no durarán mucho. Cuando la alineación se haya perdido, los astronautas deberán esperar un tiempo a que las condiciones se vuelvan a dar y ese será un periodo de preparación.

De hecho, refiriéndose a las condiciones que dieron origen a la posibilidad de implementar la estrategia comunicacional intercultural con pueblos indígenas, una de nuestras entrevistadas usó estos mismos términos:

*Para lo de VIH se alinearon los astros: la cooperación se presentó, existían condiciones sanitarias que hacían urgente la intervención, en esta zona hubo un conflicto social que el Estado necesita apagar y el recurso humano dentro de la estrategia sanitaria de VIH estaba sensibilizado, de hecho, tiempo después, cuando el coordinador se fue, este escenario se perdió. (Claudia Lema, directora de Salud Sin Límites Perú).*

Visto esto, uno debe estar preparado para la ventana de oportunidad, los actores deben haber llegado a un acuerdo sobre el problema, las alternativas deben estar listas bajo la manga y los impulsores de las políticas deben estar dispuestos a remar con la corriente, de no ser así la ventana cerrará y se habrá perdido.

Una solución para un problema y un actor con poder interesado en el momento preciso, esta viene a ser la fórmula que examinaremos en este capítulo. Asimismo, intentaremos explicar la falla en el aprovechamiento de ventanas en el caso de las políticas de salud para pueblos indígenas a partir de las siguientes explicaciones brindadas por Kingdon (Olavarría, 2007: 67).

1. Los participantes pueden creer que ya solucionaron el problema, pues tal vez ya le destinaron alguna solución incremental.

2. No se logró dar impulso a la alternativa de solución y se perdió el ímpetu del gobierno por acogerla.
3. La crisis o los eventos que dieron origen a la ventana se cerraron.
4. Los actores a favor de acoger la alternativa de solución ya no están en una situación de poder.
5. No había una alternativa de solución que aplicar en esta ventana de oportunidad.

## 5.2 Contaminación en el Río Corrientes

Al poco tiempo de ser creado el CENSI, el país comenzó a vivir un incremento constante de conflictos sociales y denuncias de pueblos indígenas por contaminación de sus territorios y medios de vida por parte de las industrias extractivas. La Amazonía peruana no es ajena a esta realidad, no menos del 70 % de la misma está concesionada a petroleras, habiéndose vuelto una zona de alta conflictividad.

Solo entre el 2004 y el 2007 el 77 % de los conflictos informados por la Defensoría del Pueblo eran mineros y el 10 % petroleros, que junto al resto de los llamados conflictos ambientales sumaban un 87 % del total de conflictos.

María Isabel Remy usa las categorías de la Defensoría del Pueblo (conflictos regionales y gremiales, conflictos locales y comunales y conflictos ambientales) para analizar los principales escenarios de conflicto entre octubre del 2005 y febrero del 2008 y comenta: “Aún más que su número, lo que viene cambiando es la composición de esta conflictividad en el país. (...) Lo que se aprecia es que mientras los primeros meses de gobierno de García [2006 - 2011] la composición de los conflictos fue muy semejante a la última etapa de Toledo [2001 - 2006], poco a poco se va perfilando un cambio hacia escenarios de conflicto más claramente centrados en el modelo de desarrollo” (Remy, 2008).

Coincidiendo con este análisis, a nuestro juicio, por su visibilidad en medios de comunicación nacionales e internacionales, el ciclo de conflictos ambientales tuvo un momento de estallido a fines del 2006, cuando las comunidades achuar del Río Corrientes, en la selva norte de Perú, toman las instalaciones de la empresa Pluspetrol para protestar por la contaminación de su territorio. En este escenario surgen una serie de demandas, que se resuelven con la llamada *Acta de Dorissa*.

Cabe señalar que, según el último reporte de conflictos sociales de la Defensoría del Pueblo del Perú (Defensoría del Pueblo, 2017), de 214 conflictos activos, 144 (67.3 %) son conflictos de carácter socioambiental, confirmando la tendencia detectada por Remy desde fines del año 2005 a que la mayor conflictividad social en el país se vincula al modelo de desarrollo. De estos conflictos 95 están vinculados a la minería y 23 relacionados a la explotación de hidrocarburos. Entre los conflictos latentes, la Defensoría detecta que las federaciones indígenas del Río Corrientes, entre ellas la FECONACO (Federación de Comunidades Nativas del Río Corrientes), aún registran conflictos con el Estado, en esta ocasión por el proceso de consulta previa del lote 192.

A continuación analizaremos el caso del río Corrientes y las demandas de la FECONACO, exponiendo su origen, los acuerdos del *Acta de Dorissa*, las demandas específicas respecto a salud en esta acta y el cumplimiento que estas reciben, repasando así la participación de los principales actores en este conflicto y evaluando la ventana de oportunidad.

El río Corrientes queda en el distrito de Trompeteros, provincia de Loreto, Región Loreto, selva norte del Perú. La cuenca del Corrientes está habitada en su mayoría por población achuar (4000 habitantes aproximadamente) y en menor medida por población quechua y urarina. Esta población se organiza en federaciones, siendo la más grande la FECONACO, que es una organización de base de AIDSESEP. La explotación petrolera en la zona empieza en 1971, siendo el primer gran descubrimiento petrolífero en territorio peruano. La principal explotación (lote 8) queda a cargo de la estatal Petroperú hasta 1996, cuando es transferida a la argentina Pluspetrol Norte S.A. Además, en la parte norte del río (lote 1AB) la norteamericana Occidental Petroleum (OXY) empieza su trabajo en 1978 (Chirif, 2010).

Hasta el año 2006, en que ciudadanos del pueblo achuar toman las instalaciones de Pluspetrol (inicio de setiembre del 2006), la explotación se hacía vertiendo las aguas de producción residuales al río Corrientes, aun cuando los impactos negativos de esta práctica ya eran conocidos a nivel mundial. A modo de ejemplo, desde la década del treinta, distintos estados de los EE.UU., país de origen de OXY, habían prohibido esta práctica.

La práctica no cesó en el tiempo por parte de ninguna de las compañías involucradas, aun cuando el reglamento de la ley de aguas del Perú prohibía desde 1969 el vertido de aguas contaminantes, o cuando distintas entidades del estado peruano, como el OSINERG (Organismo Supervisor de Inversión en Energía), el Ministerio de la Producción y el Ministerio de Salud, se pronunciaron sobre los impactos negativos de esta práctica en la salud ambiental y de las personas (2004, 2006 y 2006 respectivamente).

La contaminación llegó a estados críticos, un estudio del año 2009 de la Universidad de Umea concluye: "... que los resultados ´muestran un importante porcentaje de la población con niveles elevados de plomo en la sangre en las comunidades de Peruanito y Sta. Isabel y de cadmio en la orina en las tres comunidades estudiadas´ [...], que el ´grupo más afectado es el de los pobladores de 7 a 17 años´ [...] y que los valores de plomo sanguíneo ´deben tomarse como un problema de salud pública dada la evidencia científica sobre sus efectos adversos en la salud´." (Ibídem: 300).

Hoy, la población achuar no puede pescar, cazar ni sembrar en su territorio, habiéndose vuelto completamente dependiente de los subsidios de las industrias extractivas. Las denuncias previas a esta realidad fueron múltiples desde 1990 y continuaron en el tiempo: "En 1996, la Federación de Comunidades Nativas del Tigre (Feconat) solicitó que la cuenca fuese declarada en emergencia y que el Estado adoptase medidas drásticas con el fin de impedir que la empresa continuase contaminando el medio ambiente. Demandaba también el suministro de agua limpia para las comunidades, la atención de salud y el inicio de un programa de desarrollo integral. Por la misma época, la Federación de Comunidades Nativas del Corrientes (Feconaco) exigía la conformación de una comisión especial, integrada por

representantes de la Defensoría del Pueblo, del Congreso, la OIT, de Aidesep y de ella misma para realizar una auditoría ambiental en la cuenca y, posteriormente, un plan de reparación de daños, de atención a la salud de los pobladores y de indemnización a las comunidades por parte de la empresa. Los reclamos de la Federación de Comunidades Quechuas del Pastaza (Fediquep) se orientaban en el mismo sentido.” (Ibídem; 293).

El Estado, lejos de reconocer el problema, toma una actitud parcial para con la empresa. Por ejemplo, el año 1996, ante los reclamos descritos, se pronuncia de la siguiente manera: “... el ministro de Energía y Minas entregó a la Comisión de Ambiente, Ecología y Amazonía del Congreso un informe en el que concluye ‘que los valores de emisión de líquidos se encontraban dentro de los límites máximos permisibles’, y afirmaba haber llegado a ese resultado basándose ‘en los informes mensuales de monitoreo de agua controlados y remitidos por la propia empresa’.” (Ibídem: 294).

En setiembre del 2006 ciudadanos de las comunidades base de FECONACO toman las instalaciones de la empresa Pluspetrol y paralizan la extracción de petróleo, días después el Estado intenta desalojarlos de forma represiva pero sin éxito, la toma continúa hasta el 22 de octubre del 2006, en que, luego de un largo proceso de diálogo entre la empresa, el Estado y las comunidades afectadas, se llega a firmar un acta de compromisos conocida como el Acta de Dorissa<sup>11</sup>, allí se establecen acuerdos sobre seis temas en un total de 38 acápite. Los temas son los siguientes:

1. La inyección de las aguas de producción vertidas en la cuenca del río Corrientes.
2. El Plan Integral de Salud.
3. Seguro Integral de Salud para las comunidades indígenas.
4. Un Plan Integral de Desarrollo.
5. Apoyo alimentario temporal y abastecimiento de agua potable.
6. Remediación de pasivos y daños ambientales de los lotes 1AB y 8.

En la temática de salud los contenidos son los siguientes:

1. La elaboración participativa del Plan Integral de Salud entre la Dirección Regional de Salud (DIRESA) de Loreto, la FECONACO y el Gobierno Regional de Loreto.
2. La ejecución del Plan por parte de la DIRESA Loreto a través de un Proyecto Especial Plan Integral de Salud del Corrientes, cuyo directorio estará conformado en un 50 % por representantes de las comunidades indígenas y en otro 50 % por representantes del Ministerio de Salud y la Diresa Loreto.
3. El financiamiento del Plan Integral de Salud por parte de Pluspetrol con un monto de 40 millones de soles durante diez años.
4. La ejecución del Plan Integral desde el año 2006 a través de los siguientes componentes:

---

<sup>11</sup> Se puede consultar el acta en este link:

<http://www.pluspetrolnorte.com.pe/imagenes/actadorissa2011.pdf> (revisado el 19/03/2017).

- a. Implementación de un sistema de vigilancia sanitaria del impacto ambiental en la población.
  - b. Implementación de un programa nutricional para contribuir a la mejora de la situación nutricional y de riesgo por intoxicación con metales pesados en la población.
  - c. El fortalecimiento del centro de salud de trompeteros.
  - d. Fortalecer la oferta de salud con enfoque intercultural y de impacto ambiental.
  - e. Fortalecer el sistema de vigilancia de la calidad ambiental por medio de monitoreo periódico.
5. La entrega de servicios complementarios por parte del Ministerio de Salud cuando corresponda.
  6. La construcción y equipamiento de un hospital rural de categoría 1.4 por parte del Gobierno Regional de Loreto con el apoyo del MINSA.
  7. La auditoría por parte de Pluspetrol del cumplimiento del Plan Integral de Salud.
  8. La ampliación de cobertura del Seguro Integral de Salud en la zona.
  9. La implementación con personal y medicinas a los servicios de salud de la cuenca del río Corrientes.
  10. El empadronamiento de toda la población beneficiaria en la cuenta del río.

Aunque no es parte de nuestro objetivo de análisis es importante señalar que, como parte de una larga historia de incumplimientos con las poblaciones indígenas por parte del Estado, el acta de Dorissa sufre desde su firma largos procesos de retraso en su implementación.

Un análisis del año 2010 resalta, en lo correspondiente al tema de salud, que la Diresa ha tenido problemas para su ejecución presupuestal, el primer año solo pudo ejecutar 12 % del monto entregado por Pluspetrol, los años siguientes esto fue remontando, sin nunca poder ejecutar el 100 %; el resultado nutricional tuvo que ser abandonado pues el Gobierno Regional no pudo encontrar un proveedor que entregara las raciones de alimento suficientes para la zona; si bien la población fue inscrita en el seguro de salud nunca se obtuvo una adecuada provisión de medicinas ni cobertura del seguro, es más, la población de trompeteros, por pertenecer a un ámbito urbano, fue excluida del mismo; finalmente, un análisis de la Diresa Lorero concluyó, respecto al compromiso del abastecimiento de agua que, de 36 comunidades nativas solo cuatro cumplen con el requisito mínimo de inocuidad.

Lo que nos interesa acá resaltar es la ausencia generalizada del componente intercultural en los acuerdos del acta de Dorissa. De lo señalado solo el punto 4.d hace mención del mismo. Su especificidad apunta a la formación de enfermeros técnicos interculturales, un área en la cual la organización indígena nacional de la cuál FECONACO es miembro, AIDSESP, tiene experiencia en otras 3 zonas del país y sin embargo: “El único avance hasta el momento (febrero 2010) es la suscripción de un acta de acuerdo con el Instituto Superior Tecnológico de Nauta para la formación de jóvenes en esta especialidad, pero la Diresa se

niega a transferir fondos para poner en marcha el programa” (Ibídem: 300). Hasta el día de hoy el avance en el cumplimiento de este punto es el mismo.

Es interesante señalar la sistemática ausencia de la interculturalidad en los demás acuerdos del acta. Por ejemplo, la implementación de un programa nutricional sin enfoque intercultural, es decir con alimentos y la forma de abastecerlos adecuada a la zona, la construcción del hospital 1.4 sin acuerdo a arquitectura y cosmovisión local, ningún análisis de los criterios de inclusión al Seguro Integral de Salud para que estos correspondan a la realidad local y así eviten la exclusión de personas que los necesitan, entre otros.

Sobre todo, llama la atención que el único acuerdo que sí contempla la interculturalidad lo reduzca al tema de la formación de enfermeros técnicos, que sin lugar a dudas es importante pero no agota la problemática. Tomando en cuenta que la interculturalidad tiene que ver con el diálogo entre sistemas médicos, nos llama la atención la ausencia de articulación entre el sistema médico local y el sistema oficial, por solo mencionar una de las muchas posibilidades que la interculturalidad tiene, tomando en cuenta además que en un contexto de conflicto el objetivo debiese ser mejorar el diálogo y que por tanto las acciones de interculturalidad prestan un especial servicio a estos fines.

Como dijimos al inicio de nuestro análisis, el conflicto del Río Corrientes tuvo un fuerte eco a nivel internacional, esto en parte debido al apoyo que la FECONACO recibió de distintas ONGS, entre ellas la *World Wide Foundation* y *Amazon Watch*. Esta última consiguió el apoyo, como embajadora de la causa achuar, de la actriz estadounidense de origen peruano-suizo *Q'orianca Kilcher*, que durante el año 2005 había representado al personaje de leyenda *Pocahontas*, la hija del jefe indio *Powhatan*, en la película *The New World*, lo cual le ganó notoriedad y seguimiento en medios internacionales. En julio del 2006 la actriz visita la zona de afectación y luego da varias entrevistas a medios de Lima, que, no hace mucho, habían dado especial cobertura a la misma actriz pero como protagonista de la película.

Con toda esta visibilidad no deja de llamar la atención el poco aprovechamiento que este evento tuvo en el proceso de formación de agenda de las políticas de salud para pueblos indígenas. Llama la atención la ausencia sistemática del CENSI en el escenario de la crisis del Río Corrientes. El 14 de octubre del 2006, el Ministerio de Salud emite la resolución ministerial 965-2006, encargando a las Direcciones Generales de Salud Ambiental y de Salud de las Personas el seguimiento, monitoreo y estricto cumplimiento del acta. No hay mención en la misma ni al CENSI, ni a la Estrategia Sanitaria de Salud de los Pueblos Indígenas, creadas ambas el año 2004. En el Plan de la Estrategia (2010-2012) tampoco figura nada respecto al río Corrientes o a la participación en otro escenario específico de afectación de la salud de los pueblos indígenas por parte de industrias extractivas.

En la actualidad, que los conflictos de carácter ambiental con afectación de la salud de pueblos indígenas se han vuelto el pan de cada día, la participación del CENSI como parte del equipo de diálogo del ministerio de salud es algo usual, pero en el escenario descrito la participación fue nula.

Por su parte, las organizaciones indígenas, específicamente AIDSESP, aprovechó el escenario para reforzar su posicionamiento de los temas de seguridad jurídica de los territorios de los pueblos indígenas y del tema ambiental. La situación fue enfocada como una afectación a derechos territoriales y bajo el paraguas que sus ONG aliadas, en su mayoría ambientalistas, les brindaban. El tema de salud no estuvo ausente, pero se convirtió en un tema accesorio para poder abordar lo territorial y lo ambiental.

Las soluciones que se propusieron desde las organizaciones indígenas, es decir, las respuestas en agenda para esta ventana de oportunidad, estuvieron vinculadas a temas ambientales. Como puede verse, la ventana de oportunidad fue desaprovechada por los actores vinculados a la temática de la salud de los pueblos indígenas, tanto dentro como fuera del ministerio. Un escenario como este era propicio para el impulso de una Política Sectorial de Salud Intercultural, y para el impulso a la creación de una Dirección de Salud de los Pueblos Indígenas, que llegó 10 años después.

Ambas propuestas no estaban entre las alternativas de solución de nuestra red de actores entonces. Además, siguiendo a Kingdon, los participantes creyeron haber dado solución al problema con las medidas incrementales expuestas y esto mismo terminó de cerrar la ventana de oportunidad.

Queremos terminar señalando que la política y la dirección no solo llegaron diez años después, sino muchos derrames de petróleo después. Según un informe de la dirección de supervisión del Organismo de Evaluación y Fiscalización Ambiental (OEFA), solo desde el 2011 la Amazonía peruana ha sufrido 20 derrames de petróleo. No contamos las rupturas de los ductos de gas ni otras afectaciones sufridas a territorios amazónicos en ese periodo o antes.

Si bien lo sucedido en el Río Corrientes no fue un derrame petrolero, fue el inicio de una serie de eventos que se fueron acumulando en la indignación ciudadana y en las preocupaciones de los actores de la agenda de la salud para pueblos indígenas hasta alcanzar una masa crítica que hiciera posible cambios más significativos en la dación de normas para la salud de los pueblos indígenas.

### **5.3 Avistamiento de PIACI - Pueblos Indígenas en Aislamiento o Contacto Inicial**

A continuación, ofrecemos una línea de tiempo de avistamientos de Población Indígena en Aislamiento o Contacto Inicial (PIACI). Se trata de un repaso rápido de eventos que tuvieron cobertura de medios, algunos de los cuales despertaron gran interés entre la opinión pública por registrar una experiencia inusual, que suele ser presentada con una fuerte carga de exotismo.

Es justamente este desaprovechamiento de la noticia lo que nos llama la atención. Los avistamientos van en aumento y están vinculados a la presión que se ejerce sobre el territorio de los indígenas en aislamiento. Además, esta presión y avistamientos llaman la atención sobre el estado de salud indígena y los riesgos de contagio hacia esta población.

Es un contexto de especial resonancia para poner la mirada pública sobre el tema de la salud indígena, que sin embargo sigue siendo desaprovechado.

Luego de una revisión de información periodística, se elaboró el siguiente listado:

- El 14 de octubre de 2011, un guardaparques del Servicio Nacional de Áreas Naturales Protegidas por el Estado fue atacado por un grupo de indígenas pertenecientes al grupo étnico Mashco Piro en el Parque Nacional del Manu<sup>12</sup>.
- En noviembre de 2011, una expedición de la Sociedad Geográfica Española se encontraba en la provincia de Manu (ubicada en el departamento de Madre de Dios) y pudieron tener contacto con un grupo de indígenas Mashco Piro, quienes se comunicaron con un guía matsigenka que, posteriormente, fue asesinado por un flechazo de los indígenas previamente avistados<sup>13</sup>.
- El 27 de junio de 2013, aproximadamente 150 Mashco Piro ingresaron de forma pacífica a la Comunidad Nativa de Monte Salvado (ubicada en la provincia de Tahuamanu, departamento de Madre de Dios) solicitando alimentos<sup>14</sup>. El video de este ingreso fue difundido en diferentes medios nacionales e internacionales.
- Entre el 9 y el 10 de setiembre de 2014 se registraron entradas de un grupo de indígenas Mashco Piro a la Comunidad Nativa de Monte Salvado en busca de alimentos y otros recursos. Al no recibir lo que pedían, lanzaron flechas a la comunidad, pero sin causar daños a los habitantes o a las propiedades de Monte Salvado<sup>15</sup>. Antes de estos ingresos, se registraron 4 avistamientos durante el 2014.
- El 20 de diciembre de 2014 se registró un ingreso de 200 individuos del mismo grupo a la misma comunidad. En esta ocasión se afectó la infraestructura de Monte Salvado, reportándose además robos y sacrificios de animales de corral<sup>16</sup>.
- El 21 de enero de 2015 una mujer de la Comunidad Nativa de Shipetiari (ubicada en la provincia de Manu, departamento de Madre de Dios) vio, en las inmediaciones de su comunidad, a dos Mashco Piro armados<sup>17</sup>.
- El 1 de mayo de 2015 se registró un ingreso de indígenas Mashco Piro a la Comunidad Nativa de Shipetiari. Se trató de un ataque que dejó como resultado una persona

---

<sup>12</sup> Fuente: <http://www.inforegion.pe/119904/encuentro-entre-indigenas-en-aislamiento-voluntario-y-personal-de-sernanp-deja-un-herido/> (23/03/2017).

<sup>13</sup> Fuente: [http://internacional.elpais.com/internacional/2012/02/01/actualidad/1328125940\\_699565.html](http://internacional.elpais.com/internacional/2012/02/01/actualidad/1328125940_699565.html).

<sup>14</sup> Fuente: <https://www.servindi.org/actualidad/92202> (23/03/2017).

<sup>15</sup> Fuente: <https://www.servindi.org/actualidad/113132>. (23/03/2017).

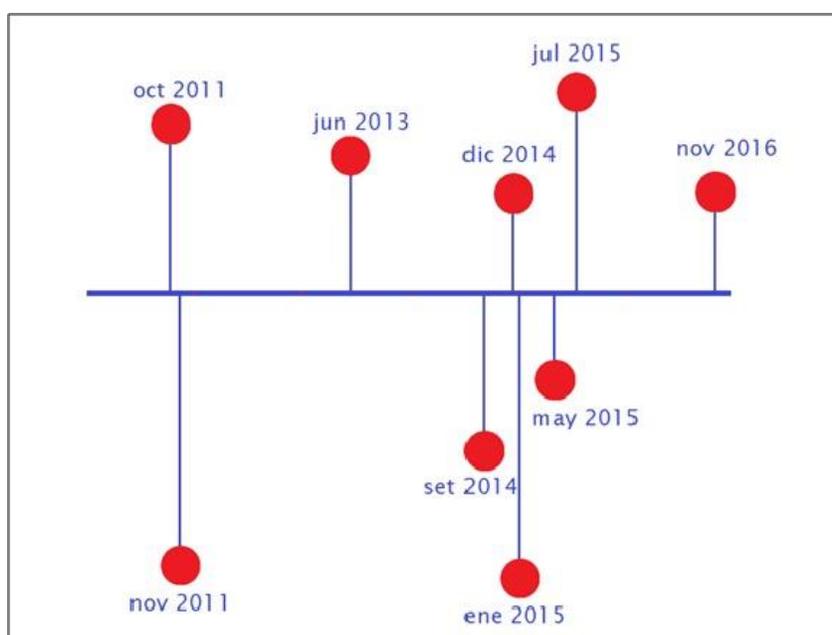
<sup>16</sup> Fuente: <http://www.americatv.com.pe/noticias/actualidad/madre-dios-indigenas-aislados-atacaron-comunidad-alimentos-n164079> (23/03/2017).

<sup>17</sup> <http://elcomercio.pe/sociedad/madre-de-dios/madre-dios-nuevo-encuentro-indigenas-no-contactados-noticia-1787238> (23/03/2017).

fallecida. Previamente se habían registrado avistamientos en una zona cercana, la quebrada de Yanayacu; sin embargo, no se habían reportado incidentes graves<sup>18</sup>.

- Los días 23 y 26 de julio de 2015 se registraron entradas de indígenas Mashco Piro a la Comunidad Nativa de Monte Salvado. Se acercaron para pedir alimentos y utensilios. Además, en la segunda visita, sostuvieron un diálogo de aproximadamente 20 minutos con los comuneros de la zona<sup>19</sup>.
- El 4 de noviembre de 2016, cerca de la Comunidad Nativa de Santa Rosa de Serjali (ubicada en la Reserva Territorial Kugapakori, Nahua, Nanti y Otros, departamento de Ucayali), se registró un incidente entre indígenas Mashco Piro e indígenas Nahua, que dejó como resultado un fallecido y dos heridos<sup>20</sup>.

Ilustración N° 2 Línea de tiempo de avistamiento de Piaci en la Amazonía peruana



Elaboración propia.

#### 5.4 La Ley de Consulta Previa

La ley de consulta previa configura un punto de quiebre en el contexto, que eventualmente permitirá contar con una Política Sectorial y una Dirección de Pueblos Indígenas. Como señalamos al inicio de este capítulo, las dos últimas ventanas de oportunidad que describimos no coinciden con la clasificación de Kingdon de *predecibles*, más por su larga

<sup>18</sup> Fuente: <http://elcomercio.pe/sociedad/madre-de-dios/indigenas-aislados-mataron-joven-comunidad-nativa-noticia-1808379> (23/03/2017)

<sup>19</sup> Fuente: <http://elcomercio.pe/sociedad/madre-de-dios/madre-dios-advierten-nuevo-encuentro-no-contactados-noticia-1828724> (23/03/2017)

<sup>20</sup> Fuente: <http://elcomercio.pe/sociedad/ucayali/muerto-y-dos-heridos-dejo-ataque-indigenas-no-contactados-noticia-1944743> (23/03/2017)

apertura que por ser escenarios *agendables* para entregar propuestas y establecer negociaciones.

Lo que tenemos más bien es el inicio de un proceso gradual con pequeñas aperturas y cierres. Uno de nuestros entrevistados lo describe como sigue:

*En el 2011 se crea el Ministerio de Cultura y el 2012 se reglamenta la Consulta Previa. El 2013 intentamos tomarlo para la consulta de la Política Sectorial de Salud Intercultural, pero queda congelado hasta el 2014. Y luego se congela de nuevo, por el miedo en el ejecutivo a que se fortalezcan las Organizaciones Indígenas y que eso ponga en riesgo a las Industrias Extractivas. Pero el 2015 el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, y nuevamente el Ministerio de Cultura, lo retoman y lo impulsan hasta que ya el 2016 se puede aprobar en el contexto de la reforma. (Omar Trujillo, ex director del CENSI y de la Dirección de Pueblos Indígenas del MINSA).*

Para uno de los actores claves del proceso el tiempo transcurrido (5 años, aproximadamente) se comprime, mostrando aperturas y cierres, éxitos y dificultades, pero sin una pérdida de ilación entre todos ellos. Este nos parece un punto a resaltar en este trabajo, más que ventanas se trata de corredores, corredores que se van angostando para que solo una, o muy pocas alternativas de solución, puedan pasar finalmente al gran salón. En el caso que estudiamos en este trabajo, estos corredores configuran un proceso de depuración de asuntos.

Pasemos ahora a analizar el proceso de consulta previa. Este es un derecho de los pueblos indígenas u originarios que pueden verse afectados por medidas legislativas o administrativas previstas por un gobierno. Tiene su origen en el Artículo N° 6 del Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo. Dicho convenio, que tiene como principios el respeto a la cultura de estos pueblos y la participación de los mismos en la toma de decisiones que influyan en su integridad, es un instrumento jurídico internacional que busca generar las condiciones para la igualdad de oportunidades y trato.

A pesar de haber entrado en vigencia en 1991, el Perú recién aprueba el Convenio 169 en 1993 y lo ratifica casi 20 años después, el 2011, con la promulgación de la Ley N° 29875, Ley del derecho a la consulta previa a los pueblos indígenas u originarios. En este documento se establecen normativamente:

- Los criterios a ser utilizados para identificar a un pueblo indígena u originario, destacando la descendencia directa de población originaria, el vínculo espiritual e histórico con el territorio habitado, la existencia de instituciones sociales y costumbres propias y la particularidad de sus patrones culturales y modos de vida.
- Las etapas del proceso de consulta: a) identificación de la medida a ser consultada, b) identificación del pueblo a ser consultado, c) publicidad de la medida, d) información sobre la medida, e) evaluación interna de la medida por parte de las organizaciones o asociaciones indígenas, f) proceso de diálogo y g) toma de decisión.

- Las obligaciones de las entidades estatales en dicho proceso. Se dan las pautas para la definición de la institución encargada de llevar a cabo el proceso y garantizar los recursos para su óptima realización. Además, se establecen las funciones del órgano técnico especializado en materia indígena del Poder Ejecutivo (Viceministerio de Interculturalidad del Ministerio de Cultura) durante el proceso de consulta previa.

La puesta en acción del Convenio N° 169, así de tardía, responde a un contexto posterior a los sucesos de Bagua<sup>21</sup>, en el que los derechos de los pueblos indígenas estaban en ojos de la opinión pública, y la capacidad de diálogo y concertación del gobierno era muy cuestionada (Alva, 2010: 2601), lo que puso en agenda la importancia de contar con mecanismos normativos que cubran ese vacío en la legislación peruana.

A partir de su promulgación, se empezaron a discutir las implicancias de la aplicación de esta ley, pero casi exclusivamente en el plano de lo territorial, específicamente en lo que refiere a la explotación de recursos naturales. De ahí que dos de las principales críticas a la misma hayan sido: a) que los procesos de consulta se realicen previo al inicio de actividades, pero después de la firma de contratos de exploración y explotación, convirtiendo a la ley en una “ley de consulta posterior” (Chirif, 2015) y b) que, en caso no se llegara a un acuerdo en el proceso de consulta, la decisión final quedaría en manos del Estado peruano. Sin embargo, la ley dejó herramientas -tal es el caso de la Base de Datos de Pueblos Indígenas y del Registro de Intérpretes y Facilitadores de Lenguas Indígenas u Originarias- y una secuencia bien establecida que puede ser aplicada por otros sectores del gobierno.

En el ámbito de la salud, el primer proceso de consulta se inició en abril del 2013, en el marco de la elaboración de la Política Sectorial de Salud Intercultural. La entidad promotora fue el Centro Nacional de Salud Intercultural (CENSI), órgano de línea del Instituto Nacional de Salud, que por entonces era la institución responsable de la Estrategia Sanitaria Salud de los Pueblos Indígenas.

Habiendo identificado la medida a ser consultada, la Política Sectorial de Salud Intercultural, se planteó que, tratándose de una política de alcance nacional, era necesario trabajar con las siguientes organizaciones representativas:

- Asociación Interétnica de Desarrollo de la Selva Peruana (AIDSESP)
- Confederación Campesina del Perú (CCP)
- Confederación de Nacionalidades Amazónicas del Perú (CONAP)

---

<sup>21</sup> Los sucesos de Bagua (distrito perteneciente al Departamento de Amazonas, Perú), también conocidos como el “Baguazo”, fueron un conjunto de incidentes ocurridos a mediados del 2009 en el contexto de una protesta en la que se exigía la derogatoria de un conjunto de decretos legislativos que atentaban contra los derechos territoriales de los pueblos indígenas de la Amazonía peruana. El punto más álgido tuvo lugar el 5 de junio en una zona denominada “Curva del Diablo”, cuando las fuerzas policiales y los indígenas awajún y wampís se enfrentaron, dejando como resultado 33 fallecidos (10 civiles y 23 policías) y una persona desaparecida, el Mayor de la Policía Nacional del Perú Felipe Bazán.

- 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)

Con dichas organizaciones se tuvieron reuniones preparatorias en las que se consensó un Plan de Consulta y, con los plazos ya establecidos, se les entregó la propuesta de política, cumpliendo con la etapa de publicidad de la medida a consultar.

Con respecto a la etapa de información sobre la medida, se organizaron cuatro talleres macro regionales para discutir la propuesta. Las macro regiones consideradas fueron Sur (cuyo taller se realizó en la ciudad de Cusco, en el departamento de Cusco), Norte (cuyo taller se realizó en la ciudad de Bagua, en el departamento de Amazonas), Centro (cuyo taller se realizó en la ciudad de Satipo, en el departamento de Junín) y Oriente (cuyo taller se realizó en la ciudad de Pucallpa, en el departamento de Ucayali), procurando que a cada taller asistieran representantes de las regiones aledañas.

En todos los talleres los participantes recibieron información sobre temas como la importancia del proceso de consulta previa y los antecedentes de formulación, contenido y perspectivas de la Política Sectorial de Salud Intercultural. Posteriormente, se abrieron espacios de reflexión en los que se dialogaba sobre los beneficios, impactos, implicancias y motivos de la política. Al final, se realizaron plenarios grupales en las que se recogieron los aportes de cada participante.

Luego de la etapa de evaluación interna realizada por cada organización, en setiembre de 2014 se convocó a un taller nacional en la ciudad de Lima, en el que se presentaron los avances de las etapas previas y se llegó a un consenso respecto a la propuesta de política, cerrando así la etapa de diálogo. Así pues, el CENSI, en tanto entidad promotora, tomó la decisión de aprobar la política; sin embargo, y por diversos factores, no fue hasta abril de 2016 que, mediante Decreto Supremo N° 016-2016- SA, se aprobó la Política Sectorial de Salud Intercultural.

Como hemos mencionado, el proceso de consulta parece un momento de inflexión en las políticas de salud para pueblos indígenas. Hasta entonces la relación del MINSA con los pueblos indígenas se resumía a atender emergencias, sobre todo vinculadas a daños a la salud producto de la contaminación de las industrias extractivas. Solo asumir este rol había costado mucho trabajo al ministerio y se comienza a tomar en la medida que las Direcciones Regionales no terminan de responder adecuadamente a las emergencias.

Con la consulta se abre un espacio de diálogo previamente inexistente con las organizaciones de los pueblos indígenas, que posibilita la misma Política Sectorial de Salud Intercultural y la Dirección de Pueblos Indígenas del MINSA.

Sin embargo, la relación de los actores con el proceso de consulta es de amor odio. Por un lado, las organizaciones indígenas la valoran pues es parte de su demanda histórica el ser consultados, y porque tuvieron una participación activa: “Para AIDSESEP hay convencimiento de que sus luchas llevaron a la ley, ellos se basan sobre todo en el convenio 169 y desde allí han hecho sus luchas hasta ahora” (Mónica Sicchar, asesora en temas de salud y educación de AIDSESEP).

Al mismo tiempo, desde las propias organizaciones, desde el MINSA y otros espacios del Estado, varios de nuestros entrevistados señalaron con toda claridad que no fue un proceso de consulta sino solo un proceso de información: “La consulta fue consulta, no construcción participativa” (Cynthia Cárdenas, asesora en temas de salud y educación de AIDSESEP); “La consulta fue un proceso de información más que de consenso, en parte por el desinterés y desconocimiento de las propias organizaciones” (Patricia Balbuena, ex viceministra de interculturalidad, Ministerio de Cultura).

### **5.5 La reforma de salud (2013 – 2015)**

Pero todo el escenario descrito no nos hubiera llevado a la Política o a la Dirección, si otra ventana no se hubiera abierto en este corredor, y esta fue el proceso de reforma del sector salud. Las ventanas de oportunidad previas, de las cuáles hemos presentado tres casos, generaron las condiciones para el aprovechamiento de la ventana de oportunidad de la reforma del sector salud. Antes de esto los problemas no habían sido suficientemente bien planteados, las soluciones no estaban listas bajo la manga y los actores no se habían consolidado lo suficiente. Si bien las condiciones no terminan de ser las ideales, por ejemplo, las organizaciones indígenas siguen estando en términos generales ausentes del debate, con la reforma de salud se dan las mejores condiciones en mucho tiempo para el desarrollo de una política de pueblos indígenas y para la generación de un espacio propio para su implementación, a través de la Dirección de Pueblos Indígenas.

La reforma del sector salud del 2013 responde a la llamada tercera generación de reformas de salud en Latinoamérica. La primera generación se caracterizó por crear sistemas de salud nacionales, la segunda por el impulso de la atención primaria de la salud y la tercera se caracteriza por la búsqueda de la eficiencia financiera. En nuestro país las dos primeras son reformas fallidas y la tercera es una reforma que sí busca la consolidación del marco de eficiencia pero con la finalidad de profundizar la universalidad de la salud a través del incremento de las poblaciones asegurables y del número de prestaciones aseguradas.

La particularidad de la ventana que vamos a describir es, al igual que en el caso anterior, su extenso periodo de apertura, y es por ello en que propondremos que una mejor metáfora para referirse a ella es un corredor más que una ventana. Para todos los actores que estuvieron involucrados en el proceso de la reforma esta se extendía impacientemente más

allá de lo esperado. Parte importante de esta dilatación se debió al esfuerzo de hacer un ejercicio concertado en medio de un escenario conflictivo, marcado por una huelga médica de cinco meses y subsecuentes huelgas similares de trabajadores administrativos y otros profesionales de la salud. El proceso estuvo a punto de ser deslegitimado y esto llevo al ministerio a tomar las mayores precauciones.

El proceso de reforma empieza en enero del 2013, cuando se promulga la resolución suprema 001-2013-SA, donde el presidente de la república le encarga al Consejo Nacional de Salud (CNS) formular medidas para reformar el sector. En julio el CNS presenta el documento Lineamientos y Medidas de Reforma del Sector Salud. Esto lleva a que durante el año 2013 se trabaje el marco legislativo de la reforma de salud y durante el 2014 se haga la reglamentación de este paquete legislativo. Además, el documento de la reforma es discutido con diversos grupos de expertos y en dos conferencias internacionales los años 2013 y 2014 (Velásquez et Al, 2016). En noviembre del 2014 se lleva el tema de la reforma al Foro del Acuerdo Nacional, pedido que antes ya había sido hecho por el gremio de la sociedad civil en salud, Foro Salud, y por la Federación Médica del Perú (Nepto y Velásquez, 2016).

Para entender la relevancia de esto debemos señalar que el Acuerdo Nacional nace con la caída del gobierno de Alberto Fujimori y como parte de un pedido de la Organización de Estados Americanos con la finalidad de reconstruir la democracia. El Acuerdo Nacional es una entidad y también un conjunto de políticas, siendo la décimo tercera el Acceso Universal a los Servicios de Salud y Seguridad Social. Reúne a todos los partidos, gremios y organizaciones más representativas del país.

Ya dentro del Acuerdo Nacional, entre enero y junio del 2015 se forma un grupo especial para discutir la reforma. Fruto de esta discusión nace el documento *Los para qué de la reforma*, el documento es discutido en el Foro del Acuerdo y solo cuando se alcanza un consenso este es aprobado. En octubre del 2015 se construye el documento final *Los objetivos de la reforma de salud*, que es el que guía la construcción final de la reforma en base a tres ejes: 1) El ser humano como fin de la reforma de salud, integralidad de la atención y participación; 2) Cierre de brechas en el acceso a la salud y a la seguridad social en salud y 3) factores críticos. La reforma termina tomando cuerpo a través de 12 lineamientos de política y de 23 decretos legislativos.

Como se puede ver, la reforma fue un proceso largo y ampliamente consultado. Al terminar la reforma, poco antes del cambio de gobierno, sale un nuevo Manual de Organización y Funciones del MINSa y por tanto un nuevo organigrama. En este nuevo organigrama aparece la Dirección de Pueblos Indígenas. Tan importante como esto, en este mismo espacio de tiempo termina de aparecer la Política Sectorial de Salud Intercultural.

Un tema de discusión importante en la construcción del nuevo MOF del MINSa era la justificación de contar con las estrategias verticales descritas en el capítulo cuatro. La apuesta del ministerio era por hacer intervenciones más integrales, de carácter horizontal. En parte, debido a esto es que, durante la discusión de los distintos borradores de

organigrama del MINSA, la Dirección de Pueblos Indígenas desaparecía y aparecía constantemente, ganando finalmente su espacio bajo la justificación de la necesidad de realizar acciones de carácter afirmativo en el caso de los pueblos indígenas y por la gran desigualdad prevalente que los indicadores de salud reflejan.

Lo que podemos ver en este caso es que nuestro corredor de oportunidades se abrió y se mantuvo abierto; la problemática de las brechas y los derechos de los pueblos indígenas se hermanó con una solución que enfatiza ambos aspectos pero poniendo el acento en la problemática de los derechos, la salud intercultural; y los actores, que llevaban preparándose desde la creación del CENSI, y que tuvieron tiempo de entrenarse para responder a este escenario, lograron posicionar su tema. Aunque como veremos en el último capítulo, se trató de un posicionamiento débil, producto entre otros motivos del peso relativo de la red de expertos y el bajo peso específico de las organizaciones indígenas.

## **CAPITULO VI**

### **CONCLUSIONES: LA AGENDA DE SALUD INDÍGENA, UN CAMPO EN FORMACIÓN**

Recuerdo un paseo escolar cuando tendría unos once o doce años. Se trató de un viaje al valle de Lurín, al sur de Lima, para visitar el Santuario de Pachacamac, un conjunto de construcciones de adobe con fines administrativos y religiosos, construidas por distintos pueblos a lo largo de más de mil años. Recuerdo la explicación del guía de la excursión sobre el corredor de entrada a uno de los edificios principales, un corredor extenso de muros altos que, sin percatarse uno, se iba angostando. Lo que nos narró aquella vez el guía es que este diseño era intencional pues, en caso de un ataque, los enemigos se verían forzados a llegar al final del camino formando una única fila, lo que facilitaría enfrentarlos.

En las construcciones de Pachacamac, al igual que en muchas construcciones prehispánicas del Perú, las paredes suelen estar colmadas de ventanas de tamaño regular. No logro recordar con claridad si este era el caso en aquel corredor, pero quiero hacer uso de esta imagen para explicar el título de esta tesis.

Los datos que hemos presentado en este trabajo nos muestran que el proceso de formación de las políticas de salud para pueblos indígenas en el Perú es de carácter acumulativo, no solo los actores van ganando experiencia y las alternativas de solución se van afinando, sino que las oportunidades se presentan en periodos extensos, donde más que ventanas tenemos corredores largos, como los del Santuario de Pachacamac, plagados de ventanas, corredores que se van angostando para al final dejar pasar solo una alternativa de solución.

Hagamos un breve ejercicio de reflexión. El trabajo que hemos elaborado sistematiza las principales propuestas de salud para pueblos indígenas en el Perú, identifica la interculturalidad como la alternativa de solución con más posibilidades de pasar indemne por la criba de los decisores de política, realza pero a la vez problematiza el rol de la red de expertos en la creación e impulso de las políticas públicas y propone, frente a la imagen de

ventanas de oportunidad, la visión alternativa de un corredor largo de gestación y depuración de políticas. A continuación hablaremos un poco más de estos aspectos.

### **6.1 Encuentros y desencuentros entre problemas y soluciones. El rol de la interculturalidad en las políticas de salud de pueblos indígenas**

En este trabajo hemos descrito con cierto detalle las alternativas de solución que la red de expertos ha elaborado para responder a la problemática de salud de los pueblos indígenas. Mientras que los problemas suelen ser presentados en una trenza conformada por dos caracterizaciones de la situación: brechas de acceso a servicios y desconocimiento de derechos; las alternativas de solución asumen formas más técnicas: soluciones incrementales basadas en la adecuación cultural, el enfoque de determinantes sociales de la salud y la salud intercultural.

Hemos expuesto cómo estrategias como el parto vertical han sido usadas para el incremento de la cobertura del parto institucional, es decir, la adecuación ha sido una estrategia básicamente instrumental de carácter incremental para el logro de metas comprometidas tanto a nivel nacional como internacional.

Asimismo, hemos podido ver cómo, desde interior el Centro Nacional de Alimentación y Nutrición, se levanta una crítica contra los programas alimentarios y las estrategias de entrega de alimentos, específicamente sobre la adecuación de los mismos, producto de la cual han desarrollado investigación para superar estas limitaciones, sin llegar a la implementación. Al ser el CENAN un Centro adscrito al INS, con las limitaciones que formar parte de un instituto de investigación implican, su propia estructura los tendría impedidos de lograr impactos a nivel local.

En estas dos respuestas observamos una preocupación por cubrir brechas de salud, en el primer caso es claro con el esfuerzo por extender el servicio de parto institucional y, como correlato, disminuir muertes maternas y perinatales. En el segundo caso, si bien el CENAN no es un ente ejecutor con incidencia en el trabajo de las regiones, sí presentan una preocupación por el problema de la desnutrición y anemia, a través de una crítica a los programas nutricionales y del esfuerzo de generar investigación y guías de alimentación (recetarios) que ayuden a cerrar brechas en estos indicadores.

Hemos revisado una segunda fuente de respuestas, bajo la cual se intenta visibilizar el Estado de salud de los pueblos indígenas, nos referimos a los ASIS. Al igual que las dos respuestas previas, lo que observamos acá es un intento de contribuir al cierre de brechas por medio de la generación de evidencia sobre el estado de salud. Pero en este caso la estrategia de trabajo incluye un enfoque intercultural de diálogo con la población y una mejora del conocimiento de las prácticas culturales en salud de los pueblos indígenas, entre otros problemas estructurales.

Debemos afinar un poco nuestra argumentación, en cada caso hay una preocupación no solo por cubrir brechas, sino que esta sí se respalda en una argumentación relativa al derecho a la salud, pero solo en el caso de los ASIS podemos ver prácticas fuertemente

vinculadas a los derechos de tipo culturales y no solo expresiones nominales sobre los mismos. Con esto nos referimos a la inclusión de un enfoque participativo y con un intento de comprensión desde las categorías del otro, y no solo al rescate de prácticas tradicionales (parto, alimentación) con la finalidad de cerrar brechas y cumplir con metas.

La preocupación de los ASIS por incluir en su enfoque los derechos culturales de los pueblos indígenas se repite y profundiza en las políticas de carácter intercultural, sea en la Unidad Técnica Funcional, el CENSI, el modelo de atención de la estrategia de TB, la estrategia comunicacional de VIH y la Dirección de Pueblos Indígenas del MINSA.

En el primer y último caso vemos que esto es más declarativo, la Unidad Técnica Funcional no llegó a operativizar ninguno de los enfoques puestos en su normativa y la Dirección, en su corta existencia, no ha podido pasar del diseño de modelos, sin tener aun a la fecha intervención alguna. El caso es similar en la estrategia sanitaria de TB, donde el modelo no se ha implementado.

El CENSI, sin embargo, sí ha desarrollado distintas normas, que en distinta medida se implementan: el registro de pertenencia, los diálogos interculturales, los distintos protocolos para hacer frente al contacto con pueblos en aislamiento o contacto inicial. Al igual, la estrategia de ITS - VIH/SIDA ha implementado con relativo éxito su estrategia comunicacional con población awajún, si bien se puede decir que en gran medida lo ha hecho a través de la cooperación al desarrollo.

Lo que caracteriza a estas intervenciones es el enfoque intercultural, uno que se apoya fuertemente en la búsqueda de pertinencia y de respeto a la medicina tradicional y no solo de adecuación.

La particularidad del enfoque intercultural es que está basado en el derecho humano y en el derecho a la diferencia. Mientras la adecuación termina siendo un disfraz para *integrar* al otro a la modernidad y la medicina tradicional es una forma de resistencia en búsqueda de poder para establecer negociaciones más equitativas, la interculturalidad, a través de su búsqueda de diálogo, busca respetar las diferencias y abrir un espacio horizontal para el enriquecimiento mutuo. No rechaza la adecuación ni la reafirmación cultural, sino que, más bien, las trasciende.

Este enfoque de derechos ha ido ganando espacio en los Estados a lo largo de la segunda mitad del siglo XX y lo que va del siglo XXI, ahora gobierna las políticas más que solo nominalmente. No es que el juego del poder no exista, pero este no puede soslayar su mirada en el cumplimiento de los derechos. De ser el caso, la sociedad civil por más pobremente organizada que esté, los medios, por más alineados que se encuentren con el poder, y la comunidad internacional, no permitirían que el enfoque de derechos se ausente completamente de la mirada de las políticas públicas.

Si bien es cierto los derechos colectivos y culturales han sido los que más tarde han entrado al imaginario de los países, diversas victorias internacionales, sobre todo el Convenio 169 de la OIT y la Declaración de los Derechos de los Pueblos Indígenas de las Naciones Unidas,

así como un número cada vez más amplio de movilizaciones indígenas en todo el planeta, han ganado una posición a la hora de discutir las políticas.

Pero nuestros Estados son construcciones modernas, en ellos un enfoque de la salud afincado solamente en la medicina tradicional no termina de tener éxito, y si bien un enfoque de adecuación, más vinculado a políticas incrementales y el saneamiento de brechas, ha levantado el interés de los constructores de políticas, su vínculo débil con los derechos culturales y colectivos le hace, cuando es presentado de manera aislada, un enfoque cuestionable.

Es aquí que la interculturalidad entra en juego. Con su fuerte conexión con los derechos colectivos y culturales de los pueblos indígenas, con su llamado al rescate de la medicina tradicional como medio para el empoderamiento de la población indígena y la mejora de su participación, con su aceptación de la adecuación como estrategia inicial para mejorar los servicios, y con su reclamo por una pertinencia basada en un diálogo, la interculturalidad está bien alineada con un enfoque de derechos cada vez más afincado en las bases de la construcción de políticas públicas en los Estados modernos, termina siendo la solución técnica apropiada y una buena solución política en un espacio de conflicto.

Pero que esto no nos engañe, la interculturalidad está alineada con un discurso aceptado públicamente, pero negado, o por lo menos incomprendido, en las mesas largas donde las políticas se firman. La interculturalidad es lo políticamente correcto en un mundo en que los políticos muestran cada día menos interés en la corrección y las sociedades nacionales, muchas veces, son felices con ello.

En todo caso, lo que queremos plantear acá es que el final de nuestro recorrido, la Política Sectorial de Salud Intercultural y la Dirección de Pueblos Indígenas surgen gracias al encuentro de un problema planteado ya no solo como cubrir brechas de cobertura en servicios, sino como cubrir estas brechas pero atendiendo un derecho, restituyendo la situación de sujetos de derecho de las poblaciones indígenas, haciendo una política de reconocimiento; y es acá donde las soluciones previas, la adecuación incremental y el enfoque de determinantes sociales, no terminan enganchando del todo. Allí es que la interculturalidad como política termina siendo la respuesta adecuada para el momento, y sin embargo una respuesta siempre en capilla, que aún necesita múltiples defensores y más oportunidades para consolidarse.

## **6.2 Estructura de los actores**

Nos interesa llamar la atención sobre la estructura de los actores de las políticas públicas de salud para pueblos indígenas. En la ilustración N° 2 presentamos a estos actores, su primera característica es su división en tres niveles.

El primer nivel lo conforman la red de expertos, es decir los profesionales de la salud y las ciencias sociales que han incorporado en su agenda personal la salud de los pueblos indígenas, en el segundo nivel están los políticos de políticas, aquellos expertos que

migraron a una situación de poder, el tercer nivel lo conforman los políticos de partido, quienes al final en el juego de la democracia toman las decisiones.

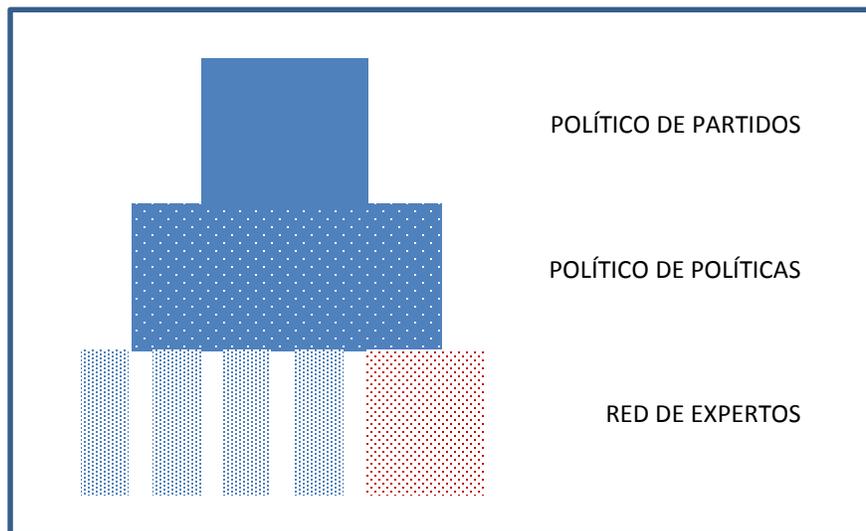
Una segunda característica que la imagen busca ilustrar es la consistencia de cada estrato, esto por medio de variar la trama de fondo de los elementos de nuestro dibujo. Así, hay partes más sólidas (las superiores) y partes menos sólidas (las inferiores). Esto no solo se refleja en la trama sino en la continuidad de los bloques que conforman la pirámide.

Empezando por el primer nivel, lo que vemos es que la red de expertos no es un campo continuo, por definición la red no tiene que serlo, pero en este caso los actores presentan más agendas individuales con pocos vínculos entre sí. Asimismo, en muchos de ellos hay una marcada desconfianza hacia los otros, esto los lleva a trabajar por separado, en compartimentos estancos, sin generar una red temática alrededor de la problemática de salud de los pueblos indígenas.

Además, nuestros expertos no están todos conectados. En el gráfico hemos querido mostrar esto matizando los colores en la base de nuestra pirámide escalonada. Así, los rectángulos punteados de azul representan a los expertos en el ámbito del Estado y la cooperación. Mientras, en un cuadrado más grande, pero igualmente de una trama tenue, están los expertos de las organizaciones indígenas.

Numéricamente, los expertos vinculados al Estado y la cooperación en la temática de la salud de los pueblos indígenas, son más, están poco vinculados entre sí y, en conjunto, poco vinculados con los expertos cercanos a las organizaciones indígenas. Asimismo, los actores, cada uno en su campo, en la mayoría de casos desarrollan otras tareas y su preocupación personal sobre la salud indígena se diluye.

Ilustración N° 3. Estructura de los actores de las políticas de salud para pueblos indígenas



Elaboración propia.

Tal vez convendría pensar la solidez de los elementos en nuestra imagen estableciendo una analogía con la solidez de la materia tal como la explica la física moderna. A nivel subatómico, la materia se compone de pocos elementos (neutrones, electrones, bosones, etc.) y un gran espacio vacío. Los pocos elementos que dan consistencia a la materia varían en su movilidad pero en general están en constante movimiento y es este movimiento, esta acción, la que imprime solidez a la misma.

Al igual, en el caso de los actores de las políticas públicas de salud para pueblos indígenas, es su dinamicidad la que imprimirá solidez a la estructura. Viendo nuestra ilustración se puede colegir que la estructura de los actores de las políticas públicas de salud para pueblos indígenas tiene bases poco sólidas. Sobre este mismo punto, la imagen muestra la mayor solidez en el nivel superior, donde la red de expertos solo tiene injerencia indirecta a través de sus vínculos con los políticos de políticas.

El nivel superior lo conforman los políticos de partido, aquellos que están ahí gracias a su participación activa en las estructuras políticas que entran en el juego democrático. Son menos, están lejos, en la cúspide, y tienen más cohesión interna.

Los políticos de políticas, aquellos que migraron de su situación de expertos a su posición como actores del juego decisional, no son muchos en su vínculo al tema indígena. De hecho, en nuestras entrevistas se evidenció que la aprobación de la Política Sectorial y la Dirección de Pueblos Indígenas fue en una medida importante producto del trabajo de unos pocos (tres) políticos de política en posición de viceministros, jugando en pared con actores arriba y abajo en la estructura.

A nuestro juicio, esto muestra la poca densidad o masa crítica que el tema ha alcanzado a nivel de la red de expertos, cuya producción de *cuadros*, que puedan incluir sus preocupaciones en la agenda de gobierno, ha sido mínima.

### 6.3 La verticalidad y la formación de agenda

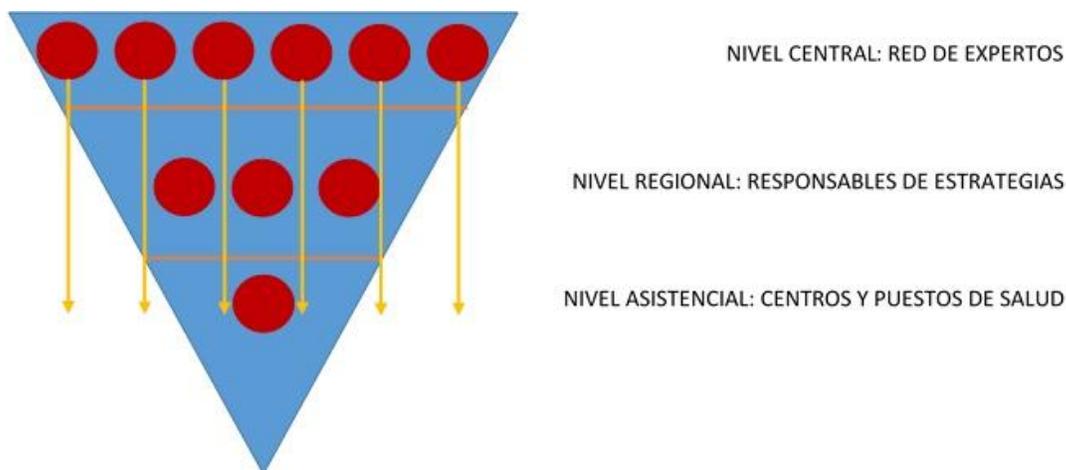
En el capítulo cuatro presentamos la organización vertical del Ministerio de Salud y señalamos cómo esta juega en contra de la visión integral de salud de las organizaciones indígenas, brindando solo respuestas incrementales que no van al fondo de la problemática de salud de los pueblos indígenas.

En esta sección queremos retomar la problemática de la verticalidad pero para dar continuidad a lo expuesto poco antes sobre la estructura de los actores.

En la ilustración N° 3 se puede ver una representación del vínculo entre las estrategias verticales y la implementación de políticas de salud para pueblos indígenas en el MINSA, a través de la recreación de parte de la estructura del ministerio de salud.

Lo que estamos recreando es el vínculo entre las redes de expertos, ubicadas en el nivel central del MINSA y los niveles regional (DIREAS) y local (centros y puestos de salud). La imagen busca representar, a través de cada uno de los círculos rojos, un espacio conformado por actores ligados a temas puntuales, cada círculo representa un actor/tema distinto, uno de ellos será la salud para pueblos indígenas, los otros pueden ser preocupaciones tan diversas como salud bucal, enfermedades metaxénicas, inmunizaciones, entre otros.

Ilustración N° 4. Posibilidad de implementación de la salud intercultural bajo la estructura vertical del MINSA



Elaboración propia.

Lo que vemos es que en el nivel central existe una diversidad de actores/temas que, a través de normas y otros instrumentos de gestión, direccionan a los niveles inferiores hacia la implementación de sus temáticas.

Una primera observación es que, cuando se baja en la estructura del ministerio, los actores/temas van disminuyendo. Esto es más significativo en el nivel local. Es el caso que en el primer nivel de atención (puestos y centros de salud) existen muy pocos profesionales, y además poco especializados, a los que se les suele recargar con las obligaciones más diversas, las cuales rebasan sus posibilidades de implementación de forma considerable. Esto mismo sucede en el nivel regional, pero en menor medida.

Una segunda observación, vinculada a la anterior, es la posibilidad de implementación de las políticas, intentamos graficar esto a través de las flechas amarillas verticales. Cada una se desprende de un espacio (actor/tema), por ejemplo de una estrategia sanitaria, pero en su camino hacia el nivel local no todas ellas llegarán a su implementación, solo aquellas que logren posicionarse en la labor del personal asistencial, y esto dependerá en gran medida de su centralidad en su nivel de origen, de qué tan priorizada esté en el nivel central.

En resumen, la red de expertos no solo alimenta a los niveles superiores para la aprobación de las políticas, sino que debe además hacer otro juego de posicionamiento hacia el nivel inferior para garantizar que estas se ejecuten, de lo contrario, las políticas entran en desuso y pierden credibilidad, deslegitimando a la red de expertos y a cualquiera vinculado a la política.

Una vez más, el rol de la red de expertos, contrariamente a lo que muchos de ellos piensa, es clave para garantizar tanto la dación como la implementación de una política, y la desarticulación y la poca consciencia de la red sobre su poder juega en contra de sus propios intereses.

#### **6.4 Formación de un campo de política pública y el corredor que se angosta**

Una historia, afincada en el debate entre dos escuelas budistas, la Hinayana y la Zen, cuenta que hay dos formas de alcanzar la iluminación. Los que profesan la escuela Hinayana afirman que la iluminación es el producto de un proceso largo, de una vida de prácticas meditativas que llevan al monje a liberarse de su yo. Frente a esto, la escuela Zen afirma más bien que la iluminación se puede conseguir de forma súbita, producto muchas veces del ejercicio que descolocan a la persona frente a su seguridad *yoica*, como por ejemplo los famosos *Koan*, en que el practicante es constantemente bombardeado por el maestro con preguntas del tipo “¿Qué sonido hace una sola mano al aplaudir?” u órdenes como “Den un paso adelante, ahora intenten nunca haber dado ese paso”. Tomadas con seriedad, una entrega intensa a estas prácticas llevaría rápidamente al aprendiz al borde de la locura, a perder el suelo seguro de su propia identidad y, ya volando, luego de haberte quedado sin suelo... viene la iluminación.

Como toda discusión entre escuelas de pensamiento, las partes siempre tienen algo más que decir. Frente a la iluminación súbita, los de la escuela Hinayana conceden que sí, es cierto, la iluminación también puede alcanzarse de forma súbita, en un día cualquiera, a través de un ejercicio *Koan*, o tan solo por medio de la observación repentina y contemplativa de una hoja que cae de un árbol en otoño; y sin embargo, *esta iluminación*

*súbita se alcanzará repentinamente solo gracias al ejercicio de una vida de disciplina dedicada a la meditación.*

Pero, ¿qué tiene que ver esta historia con lo que toca a esta investigación? Lo que hemos podido observar al estudiar el proceso de formación de agenda de las políticas públicas de salud de pueblos indígenas es que, efectivamente, hay ventanas de oportunidad en que los astros se alinean y la política consigue la iluminación a través de la dación de una norma; y sin embargo, estos eventos están poco desvinculados de un proceso más de carácter acumulativo, extenso, en que los problemas son repasados y replanteados, se ensayan y eliminan algunas soluciones mientras que otras se hacen confluír, los actores entran y salen del juego, adquieren experiencia, consolidan (o no) sus relaciones, se presentan ventanas, se aprovechan las pequeñas, se pierden las grandes, hasta que en cierto momento, ¡Pum! Iluminación súbita.

Hemos estudiado el caso de las políticas públicas de salud para pueblos indígenas, con excepción de la Política Sectorial de Salud Intercultural y de la Dirección de Pueblos Indígenas, el resto de políticas estudiadas son productos de menor alcance, que no requirieron un Decreto Legislativo firmado por el presidente de la república, sino, en el mejor de los casos, una Resolución Ministerial.

Cada uno de estos productos constituye los cimientos en el conocimiento de los actores acerca de la salud de los pueblos indígenas, cada política es un ensayo de respuesta a una problemática y cada logro en dación de una política es un ejercicio de entrenamiento en el proceso de formación de agenda.

Desde la creación del Inmetra, pasando por las políticas elaboradas por el CENSI, los ASIS Indígenas, la norma de parto vertical, etc., todos estos elementos fueron conformando un campo de políticas públicas en que los actores ensayaron sus respuestas y fueron ganando experiencia, y en el momento final, se logra una Política Sectorial de Salud intercultural y la Dirección de Pueblos Indígenas.

No queremos decir que propiamente las ventanas de oportunidad no existan o no sean importantes, pero estas son difícilmente separables del ejercicio más extenso de la formación de un campo de política, que es producto de los encuentros y desencuentros entre las corrientes del proceso de formación de agenda política. Más que una ventana, como describiéramos al inicio de este capítulo, se trata de un corredor, uno tal vez plagado de ventanas, un corredor que se angosta hasta permitir que, en un momento específico, las condiciones se den para que solo una, o muy pocas alternativas, pasen al santuario de las políticas públicas de salud para pueblos indígenas.

## **6.5 La fragilidad de las políticas públicas. Sobre la desaparición de la Dirección de Pueblos Indígenas del MINSA**

Varios de nuestros entrevistados llevan más de dos décadas vinculados a la problemática de la salud en el Perú, y gran parte de ese tiempo trabajando específicamente en salud de pueblos indígenas. Ninguno de ellos afirma que la situación de salud de los pueblos

indígenas haya mejorado, pero tampoco afirman que la institucionalidad y las políticas para pueblos indígenas están en la misma situación que, digamos, la época en que el Inmetra se crea.

Prácticamente todos nuestros entrevistados señalaron que hemos avanzado, que, aunque incipiente, hoy hay una mayor sensibilización sobre el tema al interior del Ministerio; los problemas de salud de los pueblos indígenas se han hecho más visibles y ahora existen más soluciones.

*La formación de la agenda de salud para pueblos indígenas crece gradualmente, primero hay una ampliación de la atención, los noventas son para salud lo que los setentas fueron para educación, se pasa de 3500 establecimientos a 8000 y en pocos años se dieron cuenta de que esto no funcionaba. Se habían puesto la meta de reducir la mortalidad materna, pero había “insuficiencias culturales”, empieza a desarrollarse una estrategia de adecuación (casas maternas, adecuación de establecimientos, adecuación de la normativa). En el gobierno de Toledo se da un ambiente favorable a lo indígena y en el de Humala una visión menos sanitarista y más economicista, que sin embargo tuvo resultados. (Mario Tavera, ex oficial de Salud de UNICEF y ex asesor del viceministerio de Salud Pública)*

La idea de proceso viene a la mente, y como en todo proceso hay avances y retrocesos. A lo largo de esta investigación hemos señalado en múltiples ocasiones la importancia que revisten la Política Sectorial de Salud Intercultural y la Dirección de Pueblos Indígenas, el difícil trance que significó su aprobación y su frágil estado inicial.

Cuando terminábamos de redactar esta tesis, el 01 de Abril del 2017, el Ministerio de Salud había emitido no hace mucho un nuevo Manual de Organizaciones y Funciones y, por tanto, una nueva estructura orgánica del MINSa, en esta nueva estructura orgánica hubieron muchas sorpresas que hicieron levantarse de sus asientos a los funcionarios del propio MINSa y a los expertos vinculados a ellos. Entre estas, se había eliminado direcciones *misionales*, como Promoción de la Salud, Calidad de Salud, estrategias de alta preocupación para las organizaciones indígenas, como la Estrategia Sanitaria de Metales Pesados y, finalmente, la Dirección de Pueblos Indígenas.

La estructura orgánica previa, aprobada en abril del 2016, luego de dos años de negociación, se modifica en menos de un año sin ninguna consulta, ni siquiera entre los propios funcionarios del Ministerio. En lo que ha sido descrito por muchos como una arbitrariedad, la ministra en funciones desde el 28 de julio del 2016, en que se da el cambio de gobierno, ha dispuesto cambios poco lógicos para cualquier persona vinculada al quehacer del MINSa y de una manera aún menos entendible, es decir, sin ningún diálogo.

Rápidamente, la sociedad civil se ha movilizó a través de distintas estrategias y, a la fecha, se conoce que el ministerio plantea revisar su actuar. Pero, lo que queremos señalar acá es la fragilidad de las políticas públicas en general y en especial de aquellas conseguidas para pueblos indígenas en temas de salud.

En resumen, el campo de las políticas públicas de salud para pueblos indígenas es un campo aún frágil, la red de expertos tiene una trama débil, las organizaciones indígenas están muy poco comprometidas con el tema, los políticos de políticas son escasos, los problemas y las soluciones han encontrado un vínculo, el enfoque de derechos basado en la interculturalidad, pero este no es de sentido común y no ha logrado tener anclaje en la mente de quienes toman las decisiones, y, finalmente, las oportunidades vienen y van, las ventanas se abren y no se cierran por buen tiempo, configuran en realidad un corredor largo, pero, al final, el corredor acaba y no necesariamente es aprovechado.

En realidad, pareciera ser es el escenario ideal para que cualquier logro se diluya, tan solo un grupo no muy grande de expertos, que crece poco a poco pero que aún se encuentra débilmente conectado, es quien mantiene el tema flotando, pero no necesariamente en agenda. Se trata de una red de expertos que aún no alcanza ni el consenso suficiente sobre sus soluciones, ni la masa crítica para producir el número necesario de políticos de política que aproveche el largo corredor de oportunidades. Esta red con poca consciencia de sí misma y con reservas para auto-organizarse, parece ser el factor clave en el desarrollo de las políticas de salud para pueblos indígenas del Perú.

## VII. ANEXOS

### Anexo 1. Guía de entrevista

#### I. PREGUNTAS SOBRE LAS RESPUESTAS DE POLÍTICA PÚBLICA A LAS PROBLEMÁTICAS DE SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS:

##### Tema: Medicina tradicional. Inmetra

##### Entrevistados: Neptalí Cueva, Juan Quezada

1. Nombre del entrevistado, cargo actual y si alguna vez tuvo un cargo dentro de la institución sobre la que indagamos
2. ¿Constituyó durante su existencia el Inmetra una respuesta a la problemática de salud de los pueblos indígenas?
3. ¿En caso la respuesta sea sí, argumentar en qué consistió esa respuesta?
4. ¿En caso la respuesta sea no, argumentar por qué no y a qué se dedicaba el Inmetra entonces, cuál era su objetivo y qué acciones desarrollaba?

##### Tema: Soluciones Incrementales y adecuación cultural CENAN

##### Entrevistados: Lucio Huamán

1. Nombre del entrevistado, cargo actual y si alguna vez tuvo un cargo dentro de la institución sobre la que indagamos
2. ¿En lo relativo a las necesidades nutricionales de las poblaciones indígenas del país, el CENAN puede desarrollar intervenciones o influir en políticas públicas o solo desarrolla investigación?
3. En diversos estudios el CENAN muestra preocupación sobre la inadecuación de los programas nutricionales a la realidad de los pueblos indígenas ¿Se han desarrollado diálogos interculturales para mejorar la investigación o para desarrollar modelos de intervención?
4. ¿Cómo responde el trabajo del CENAN a los problemas de brechas y derechos en salud de las poblaciones indígenas?

##### Tema: Soluciones Incrementales y adecuación cultural Estrategia de Salud Sexual Reproductiva

##### Entrevistados: Lucinda Vega

1. Nombre del entrevistado, cargo actual y si alguna vez tuvo un cargo dentro de la institución sobre la que indagamos
2. ¿Considera que la norma técnica del parto vertical incluye un enfoque intercultural?
3. ¿Qué diferencias establece entre la norma del 2015 y la del 2016?

4. ¿Cómo responde esta política a los problemas de brechas y derechos en salud de las poblaciones indígenas?

**Tema: Determinantes Sociales de la Salud: Dirección de epidemiología**

**Entrevistados: Helen Palma, Frederica Barclay, Melvi Ormaeche**

1. Nombre del entrevistado, cargo actual y si alguna vez tuvo un cargo dentro de la institución sobre la que indagamos
2. ¿Cómo se implementa el enfoque intercultural en los ASIS indígenas?
3. ¿Cómo se ha recogido y llevado al desarrollo de políticas públicas la información contenida en los ASIS indígenas?
4. ¿Cómo considera usted que el trabajo de la Dirección acomete los problemas de brechas y derechos de las poblaciones indígenas

**Tema: Interculturalidad Unidad Técnica Funcional**

**Entrevistados: Ariela Luna**

1. Nombre del entrevistado, cargo actual y si alguna vez tuvo un cargo dentro de la institución sobre la que indagamos
2. ¿Qué implementación llegó a darse a la norma de transversalización?
3. ¿Qué problemas registró la Unidad Técnica para el desarrollo de sus objetivos institucionales?
4. ¿Cómo considera que se contribuyó a la reducción de brechas y mejora en la situación de derechos de los pueblos indígenas?

**Tema: Interculturalidad CENSI**

**Entrevistados: Neptali Cueva, Julio Portocarrero**

1. Nombre del entrevistado, cargo actual y si alguna vez tuvo un cargo dentro de la institución sobre la que indagamos
2. ¿Qué cree usted que ha sido la principal preocupación del CENSI, las brechas de salud o la restitución de derechos de las poblaciones indígenas?
3. ¿Qué problemas registró el CENSI para el desarrollo de sus objetivos institucionales?
4. ¿Qué posibilidades ha tenido el CENSI para influir en el desarrollo de Políticas Públicas de salud para pueblos indígenas?
5. ¿Qué papel jugó el CENSI en el desarrollo de la política intersectorial?
6. ¿Qué papel jugó el CENSI en el desarrollo de la Dirección de PPII?
7. ¿Qué rol jugó la estrategia sanitaria de PPII durante su existencia en los temas de cubrir brechas y restituir derechos de pueblos indígenas?
8. ¿Hubo conflictos o superposición con la Unidad Técnica Funcional?

### **Tema: Interculturalidad VIH**

#### **Entrevistados: Claudia Lema, Rula Aylas**

1. Nombre del entrevistado, cargo actual y si alguna vez tuvo un cargo dentro de la institución sobre la que indagamos
2. ¿Cómo surge la preocupación para implementar una estrategia para pueblos indígenas?
3. ¿Qué rol le asignan a la interculturalidad en esa estrategia?
4. ¿Qué dificultades han tenido en su implementación?

### **Tema: Interculturalidad TB**

#### **Entrevistados: Claudia Lema**

1. Nombre del entrevistado, cargo actual y si alguna vez tuvo un cargo dentro de la institución sobre la que indagamos
2. ¿Cómo surge la preocupación para implementar una estrategia para pueblos indígenas?
3. ¿Qué rol le asignan a la interculturalidad en esa estrategia?
4. ¿Qué dificultades han tenido en su implementación?

### **Tema: Interculturalidad Dirección de Pueblos Indígenas**

#### **Entrevistados: Ángel Gonzales, Mario Tavera**

1. Nombre del entrevistado, cargo actual y si alguna vez tuvo un cargo dentro de la institución sobre la que indagamos
2. ¿Cómo surge la preocupación para implementar una Dirección de pueblos indígenas?
3. ¿Cuál es la principal diferencia entre la dirección y otras iniciativas de política pública surgidas antes?
4. ¿Cuáles son las principales ventajas y desventajas de tener una dirección específica para el tema de pueblos indígenas?
5. ¿Por qué esta dirección es tan frágil?
6. ¿Qué rol le asignan a la interculturalidad en esa Dirección?
7. ¿Cuál es la prioridad de la dirección, ayudar a la disminución de brechas o al cumplimiento de derechos?

## **II. PREGUNTAS PARA LA RED DE EXPERTOS**

### **Todos**

1. ¿Cómo imaginas tu rol en el desarrollo de políticas públicas para pueblos indígenas?

2. ¿Cuál es tu mayor preocupación, qué consideras que es el primer o los primeros temas que la agenda de la salud de los pueblos indígenas debe incluir?
3. ¿Por dónde crees que va la solución ideal a estos problemas?
4. ¿Cuál consideras que ha sido la política o la intervención pública de salud más exitosa en lo relativo a pueblos indígenas en el MINSA?
5. ¿Qué rol has jugado tú dentro de la estructura del MINSA y qué problemas encontraste en la ejecución de ese rol?
6. ¿Has trabajado para alguna organización indígena? ¿Cuál ha sido tu rol en ese trabajo? ¿Qué dificultades tuviste en el desarrollo de ese trabajo? ¿Cuáles fueron los principales impactos de ese trabajo y a qué crees que se debieron?
7. ¿Cómo describirías la relación entre las organizaciones indígenas y el Estado en la temática de salud? Argumenta tu respuesta

### **III. PREGUNTAS PARA LAS ORGANIZACIONES INDÍGENAS**

**Bernabé Impi, Mónica Sicchar, Cynthia Cárdenas**

1. ¿Cuáles son los principales problemas de salud de los pueblos indígenas del Perú?
2. ¿Qué soluciones crees deben implementarse para solucionar estos problemas?
3. ¿Cuál ha sido el rol de tu organización en la ley de consulta previa?
4. ¿Cuál ha sido el rol de tu institución en la política de salud intercultural?
5. ¿Cuál ha sido el rol de tu institución en la creación de la dirección de pueblos indígenas del MINSA?
6. ¿Cómo describirías la relación de tu institución con el ministerio de salud?
7. ¿Cuáles son los principales objetivos y trabajos desarrollados por de tu institución con respecto a la problemática de salud de los pueblos indígenas?
8. ¿Cómo describirías la relación entre las organizaciones indígenas y el Estado y especialmente con el MINSA en la temática de salud? Argumenta tu respuesta
9. ¿Quiénes son tus asesores en salud y qué trabajo realizan? Además ¿Qué vínculos guardan con el MINSA u otras entidades del Estado? (han trabajado en él, trabajan ahora, les hacen consultorías)

### **IV. PREGUNTAS SOBRE LAS VENTANAS DE OPORTUNIDAD**

**Tema: Río Corrientes**

**Entrevistados: Neptalí Cueva**

1. ¿Por qué no se aprovechó la problemática del Río Corrientes para proponer una política de salud integral para pueblos indígenas que contemplara un enfoque intercultural?
2. ¿Qué fue lo que hicieron usted o su entidad frente a este problema?
3. ¿Se tenían claras las soluciones a implementar?
4. ¿Cuáles eran las condiciones dentro del ministerio en ese momento para el impulso a una política de ese tipo?

## Otros

**Entrevistados: Mario Tavera, Fernando Carbone, Omar Trujillo, Julio Portocarrero**

1. ¿Qué vínculo guarda el proceso de reforma con la creación de la política de salud intercultural?
2. ¿Qué vínculo guarda el proceso de reforma con la creación de la dirección de pueblos indígenas del MINSA?
3. ¿Cómo se argumentó su necesidad?
4. ¿Quiénes fueron los principales actores en ese proceso?
5. ¿Cuál fue la participación de las organizaciones indígenas en el proceso de reforma?
6. ¿Qué diferenció este proceso (de la reforma) de otros momentos que podríamos llamar “ventanas de oportunidad” para el impulso de las políticas de salud para pueblos indígenas?
7. ¿Qué hubiera usted esperado conseguir en este tema? ¿Cuál era su “máximo”?

**Anexo 2. Lista de entrevistados**

<b>N°</b>	<b>Entrevistado</b>	<b>Institución</b>	<b>Fecha de entrevista</b>
1	Neptaly Cueva	Consultor independiente Interculturalidad, ex director del CENSI	15/03/17
2	Claudia Lema	Directora de Salud Sin Límites Perú	16/03/17
3	Cynthia Cárdenas	Consultora independiente, ex directora del programa de formación de técnicos en enfermería intercultural de AIDSESP, Bagua	16/03/17
4	Lucinda Vega	Obstetra especialista en parto vertical. Parte del equipo de discusión de la norma técnica de parto vertical	16/03/17
5	Julio Portocarrero	Equipo Técnico del CENSI	17/03/17
6	Helen Palma	Ex integrante del equipo de la Dirección de Epidemiología	17/03/17
7	Mónica Sicchar	Consultora independiente, ex directora del programa 9de formación de técnicos en enfermería intercultural de AIDSESP Atalaya	17/03/17

8	Juan Quezada	Ex integrante del equipo del CENSI	17/03/17
9	Rula Aylas	Equipo Técnico de la estrategia de TB	17/03/17
10	Mario Tavera	Ex oficial de salud de UNICEF, ex asesor 1 del ministerio de salud, despacho de salud pública	20/03/17
11	Lucio Huamán	Sociólogo, Equipo Técnico del CENAN	20/03/17
12	Melvi Ormaeche	Enfermera, Equipo Técnico de la Ex dirección de epidemiología	20/03/17
13	Frederica Barclay	Antropólogo, investigadora, asesora de la ex dirección de epidemiología	20/03/17
14	Ariela Luna	Ex directora de Promoción de la Salud y asesora del Ministerio de Economía y Finanzas en temas de Salud	21/03/17
15	Fernando Carbone	Ex ministro de salud	21/03/2017
16	Bernabé Impi	Secretario general de AIDESP	21/03/2017
17	Ángel Gonzales	Ex integrante del equipo de la Dirección de Pueblos Indígenas y	21/03/17

		de la estrategia Sanitaria de VIH	
18	Patricia Balbuena	Ex viceministra de interculturalidad, Ministerio de Cultura	23/03/17
19	Omar Trujillo	Ex director de la Dirección de Pueblos Indígenas del MINSA y del CENSI	27/03/17

## VIII. BIBLIOGRAFÍA

Aguilar Villanueva, Luis F. (1993): “Estudio introductorio”, en *Problemas públicos y agenda de gobierno*, México D.F, Miguel Ángel Porrúa grupo editorial.

Albo, Xavier (2010): “Interculturalidad, Estado y Pueblos Indígenas”, en Campos, Roberto y Luca Citarella (Ed.) *Yachay Tinkuy. Salud e interculturalidad en Bolivia y América Latina; La Paz*, PROHISABA.

Alva, Amelia (2010): “El derecho a la consulta previa de los pueblos indígenas en el Perú”. En: Eduardo Rey de Tristán & Patricia Calvo González (compiladores), *Actas del XIV Encuentro de Latinoamericanistas Españoles* (pp. 2600-2620), Santiago de Compostela, Centro Interdisciplinario de Estudios Americanistas Gumersindo Busto - Universidad de Santiago de Compostela; Consejo Español de Estudios Iberoamericanos.

Baumgartner, Frank R. y Brian Jones (1993): *Agendas and Instability in american politics*, Chicago, University of Chicago Press.

CAMPOS, Roberto (2010): “Una visión general sobre la Salud Intercultural en Pueblos Originarios”; en: Campos, Roberto y Luca Citarella (Ed.) *Yachay Tinkuy. Salud e interculturalidad en Bolivia y América Latina; La Paz*, PROHISABA.

Carmona, Aurelio (2009): Propuesta de un marco conceptual para el estudio de la medicina tradicional andina; en: R. Sánchez Garrafa & R. Sánchez Garrafa, *Medicina tradicional andina: planteamientos y aproximaciones*, Cuzco: Centro de Estudios Regionales Andinos Bartolomé de las Casas; Centro de Medicina Andina.

Cobb, Roger W; y Charles D. Elder (1983): “Formación de agenda. El caso de la política de los ancianos”, en Aguilar Villanueva, Luis F. (Ed.) *Problemas públicos y agenda de gobierno*; México D.F, Miguel Ángel Porrúa grupo editorial.

Cohen, Michael y James March (1974): *Leadership and ambiguity*, New York, McGraw-Hill.

Cohen, Michael D; James G. March y Johan P. Olsen (1973): “A garbage can model of organizational choice”, en *Administrative Science Quarterly*, Vol. 17, N° 1, pp. 1-25

Cook, Timothy E. (1998): *Governing with the news: the news media as political institution*, S/F, S/L.

Chirif, Alberto (2010): “Los Achuares del Río Corrientes: El Estado ante su propio paradigma”, en: *Antropologica*, Año XXVIII, N° 28, Suplemento 1, Lima, PUCP; disponible en: <http://observatoriopetrolero.org/wp-content/uploads/2015/04/1395-5381-1-PB.pdf> (19/03/2017).

Chirif, Alberto (2015): *Los 20 años del Convenio 169 de la OIT en el Perú*; disponible en: <https://www.servindi.org/actualidad/128507> (22/03/2017).

Choque, Jobita Sandy y otros (sin fecha): "Salud Familiar Comunitaria Intercultural - SAFCI"; en Del Cid Lucero, Victor Manuel *Antecedentes, situación actual y perspectivas de la salud intercultural en América Latina* ; Managua, Uraccan.

Cunningham, Myrna (2002): *Etnia, cultura y salud: la experiencia de la salud intercultural como una herramienta para la equidad en las regiones autónomas de nicaragua*; Washington, OPS; disponible en [http://enlaceacademico.ucr.ac.cr/sites/default/files/publicaciones/MCunninghamConf\\_0.pdf](http://enlaceacademico.ucr.ac.cr/sites/default/files/publicaciones/MCunninghamConf_0.pdf) (10/05/2015).

CVR - Comisión de la verdad y Reconciliación (2013): *Informe final*, Lima; disponible en: <http://cverdad.org.pe/ifinal/> (22/03/2017).

Decreto Legislativo N° 584 (1990): *Promulgan mediante Decreto Legislativo la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud*; disponible en: [ftp://ftp.minsa.gob.pe/intranet/leyes/DL-584\\_LOF-MINSA.pdf](ftp://ftp.minsa.gob.pe/intranet/leyes/DL-584_LOF-MINSA.pdf) (18/03/2017).

Decreto Supremo N° 01-2003-SA: *Aprueban el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Salud*, Lima; disponible en: [http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/0/jer/docorgfun\\_ins/ROF\\_INS\\_DECRETO\\_SUPREMO\\_N\\_001\\_2003\\_SA.pdf](http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/0/jer/docorgfun_ins/ROF_INS_DECRETO_SUPREMO_N_001_2003_SA.pdf) (18/03/2017)

Decreto Supremo N° 007-2016-SA: *Decreto Supremo que Aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud*; disponible en: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2016/DS-007-2016-SA .pdf> (18/03/2017).

Decreto Supremo N° 016-2016-SA: *Decreto Supremo que Aprueba la Política Sectorial de Salud Intercultural (PSSI)*; disponible en: [http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/7/jer/CENSI\\_pssi/Politica%20sectorial%20para%20publicacion.pdf](http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/7/jer/CENSI_pssi/Politica%20sectorial%20para%20publicacion.pdf) (18/03/2017).

Defensoría del Pueblo (2015): *Informe Defensorial N° 169, La defensa del derecho de los pueblos indígenas amazónicos a una salud intercultural*; Lima, Defensoría del Pueblo del Perú; disponible en <https://www.unicef.org/peru/spanish/Informe-Defensorial-N-169-derecho-pueblos-indigenas-salud-intercultural.pdf> (18/03/2017)

Defensoría del Pueblo (2017): *Reporte de Conflictos Sociales N° 155*, Lima Defensoría del Pueblo. Adjuntía para la Prevención de Conflictos Sociales y la Gobernabilidad; disponible en: <http://www.defensoria.gob.pe/modules/Downloads/conflictos/2017/Reporte-Mensual-de-Conflictos-Sociales-N-155--Enero-2017.pdf> (19/03/2017)

Delgado Súmar, Hugo (2001a): "Los recursos curativos vegetales en la medicina tradicional peruana"; en: M. Villar & O. Villavicencio, *Manual de fitoterapia* (pp. 15-23), Lima, EsSalud - Organización Panamericana de la Salud.

Delgado Súmar, Hugo (2001b): “La pluralidad de la medicina tradicional”; en: *Cuadernos de medicina tradicional* N° 10, Lima, Instituto Nacional de Medicina Tradicional.

Dirección General de Epidemiología (2015): *Memoria de Gestión*, Lima, Dirección General de Epidemiología; disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3538.pdf> (18/03/2017).

Diez Hurtado, Alejandro (2013): “Diagnóstico sectorial sobre interculturalidad para el diseño de los lineamientos para la intervención intercultural de los diferentes sectores de gobierno” (inédito).

Eide, Asbjorn (2010): “Los Pueblos Indígenas, el Grupo de Trabajo sobre Poblaciones Indígenas y la Adopción de la Declaración de la ONU sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas”; en Chartes, Claire y Rodolfo Stavenhagen *El Desafío de la Declaración. Historia y Futuro de la Declaración de la ONU sobre Pueblos Indígenas*; Lima, IWGIA.

Elder, Charles y Roger Cobb (1996): “Formación de la agenda. El caso de la política de los ancianos”, en Villanueva, Aguilar Luis (Ed); *Problemas públicos y agenda de gobierno*, México D.F.; Miguel Ángel Porrúa grupo editorial.

Fernández Ibarguen, Manuel (1994): *Articulación de la Medicina Académica con la Tradicional como Estrategia de Salud*; Lima, Inmetra.

González V., Lina (2015): “Análisis comparativo de modelos de atención en salud para población indígena en la región Andina” en: Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública; Antioquía, Universidad de Antioquía; disponible en <http://www.redalyc.org/pdf/120/12033879002.pdf> (10/05/2015).

Hecló, Hugh (1978): “Issue Networks and the Executive Establishment”, en Antony King (Ed.) *The new American political systems*; Washington DC, American Enterprise Institute; disponible en: <http://goodliffe.byu.edu/310/protect/heclo.pdf> (05/07/15).

Hopenhayn, Martín (2000): “Transculturalidad y diferencia”, en: *Cinta de Moebio* N° 7 Marzo, Santiago; Universidad de Chile.

Huamán, Lucio y Carmen Valladares E. (2006): “Estado Nutricional y Características del Consumo Alimentario de la Población Aguaruna. Amazonas, Perú 2004”, en Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, N° 23 (1), Lima; disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342006000100003](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342006000100003) (18/03/2017).

Huamán, Lucio y Elena Gonzales (s/f): *Protocolo de Investigación del Instituto Nacional de Salud para la Investigación: Factores Asociados a la Desnutrición Crónica de Niños Menores de 3 Años en Poblaciones Shipibo-Conibo y Chayahuitas. Un Estudio Caso-Control*, Lima, INS; disponible en: <http://www.ins.gob.pe/insvirtual/BiblioDig/DataLib.xml> (18/03/2017)

INEI (2009): *Censos Nacionales 2007: XI de Población, VI de Vivienda. Resumen Ejecutivo. Resultados Definitivos de Comunidades Indígenas*, Lima, INEI; disponible en: [https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib0789/Libro.pdf](https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib0789/Libro.pdf) (19/03/2017).

Instituto Nacional de Salud (2014): *Documento Técnico: Diálogo Intercultural en Salud*, Lima, INS.

Inuca, Verónica y otros (sin fecha): "Situación de la salud intercultural en Ecuador"; en Del Cid Lucero, Victor Manuel *Antecedentes, situación actual y perspectivas de la salud intercultural en América Latina*; Managua, Uraccan.

Kingdon, John W. (1995): *Agendas, alternatives and public policy*. New York, Harper Collins College Publishers.

Landa, Ladislao (2006): "Los espejos opacos del movimiento indígena peruano", en: Toche, Eduardo (compilador). *Perú Hoy. Nuevos rostros en la escena nacional*, Lima, DESCO.

Menéndez, Eduardo (1994): "La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional?"; en: *Alteridades* 4 (7), pp. 71-83.

MINSA (s/f a): *Plan Estratégico 2003-3006 Dirección General de Promoción de la Salud*, Lima, MINSA; disponible en: [ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgps/documentos/plan\\_estrategico\\_2002\\_2003.pdf](ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgps/documentos/plan_estrategico_2002_2003.pdf) (18/03/2016).

MINSA (s/f b): *Pla General de la Estrategia Sanitaria Nacional Salud de los Pueblos Indígenas 2010 – 2012*, Lima, MINSA; disponible en: [http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4\\_uibd.nsf/863CDF27AC98E61805257BE800771D9A/\\$FILE/Plan\\_General.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/863CDF27AC98E61805257BE800771D9A/$FILE/Plan_General.pdf) (18/03/2017).

MINSA (s/f c): *Documento Técnico "Plan Multisectorial de Prevención y Control de la ITS VIH/SIDA, 2015 - 2019*, Lima, MINSA; disponible en [ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2015/ANEXO\\_DEL\\_DECRETO\\_SUPREMO\\_035-2015-SA.pdf](ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2015/ANEXO_DEL_DECRETO_SUPREMO_035-2015-SA.pdf) (19/03/2017).

MINSA (2006): *Norma Técnica Sanitaria N° 047 MINSA/DGPS-V.01 Norma Técnica de Salud para la Transversalización de los Enfoques de Derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad en Salud*, Lima, MINSA; disponible en: [ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgps/documentos/norma\\_tecnica\\_trans\\_RM638-2006.pdf](ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgps/documentos/norma_tecnica_trans_RM638-2006.pdf) (18/03/2017).

MINSA (2007 a): *Resolución Ministerial N°799 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*, Lima, MINSA.

MINA (2007 b): *Resolución Ministerial N°797 Guía Técnica: Relacionamiento para casos de interacción con indígenas en aislamiento o en contacto reciente*, aprobada mediante, Lima, MINSA.

MINSA (2007 c): *Resolución Ministerial N°798 Guía técnica: Atención de salud a indígenas en contacto reciente y en contacto inicial en riesgo de alta morbimortalidad*, Lima, MINSA.

MINSA (2012): *Aportes Metodológicos para la Elaboración del Análisis de Situación de Salud de los Pueblos Indígenas de la Amazonía Peruana*, Lima, MINSA; disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2404.pdf> (18/03/2017).

MINSA (2014): *Resolución Ministerial N°611 Documento técnico: diálogo intercultural en salud*, Lima, MINSA.

MINSA (2015): *Lineamientos y medidas de reforma del sector salud*, Lima, Ministerio de Salud del Perú; disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2013/reforma/documentos/documentoreforma11122013.pdf> (05/07/2015).

MINSA (2016): *Norma Técnica Sanitaria N° 121-MINSA/DEGIESP V. 01 Norma Técnica de Salud para la Atención del Parto Vertical en el Marco de los Derechos Humanos con Pertinencia Intercultural*, Lima, Ministerio de Salud.

Ministerio de Salud Pública y ASISTencia Social de la República de Guatemala (sin fecha): *Normas con pertinencia cultural hacia la interculturalidad*; Ciudad de Guatemala; Ministerio de Salud Pública y ASISTencia Social de la República de Guatemala.

Naiper, A. David y otros (2014): "Culture and Health"; en *The Lancet Commissions*, 29 de octubre; disponible en [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61603-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61603-2) (9/05/2015).

Nelson, Barbara (1984): *Making an issue of child abuse*. Chicago, University of Chicago Press.

Nepo Linares, Edgardo y Aníbal Velásquez (2016): "El Acuerdo Nacional como Espacio de Consenso para la Definición de los Objetivos de la Reforma de Salud y Establecer Políticas de Salud en el Perú", en: *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública* 33,3, Lima, INS.

OIT (1989): *C19 Convenio sobre pueblos indígenas y tribales*, (Sin lugar), Organización Internacional del Trabajo; disponible en: [http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_norm/---normes/documents/publication/wcms\\_100910.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_norm/---normes/documents/publication/wcms_100910.pdf) (05/07/2015)

Olavarría Gambini, Mauricio (2007): *Documento de Trabajo N° 11 – Diciembre – 2007 Conceptos Básicos en el Análisis de Políticas Públicas*, Santiago de Chile, INAP – Universidad de Chile; disponible en:

[http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/123548/Conceptos %20Basicos Politicas Publicas.pdf?sequence=1](http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/123548/Conceptos_%20Basicos_Politicas_Publicas.pdf?sequence=1) (19/03/2017)

OMS (2006): *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*; Washington, OMS; disponible en [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_sp.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf) (10/05/2015).

OMS (2013): *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional, 2014-2023*, Hong Kong, OMS.

OPS (1993a): *Los Pueblos Indígenas y la Salud*; Winnipeg, OPS.

OPS (1993b): *Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas*; Washington, OPS; disponible en <http://www.ops.org.bo/textocompleto/pi31304.pdf> (10/05/2015).

OPS (1993c): *Resolution CD37.R5: Health of Indigenous Peoples*; Washington, OPS; disponible en <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/1582/CD37.R5en.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (10/05/2015).

OPS (1997a): *Hacia el abordaje integral de la salud. Pautas para la investigación con pueblos indígenas*; Washington, OPS.

OPS (1997b): *Fortalecimiento y desarrollo de los sistemas de salud tradicionales*; Washington, OPS.

OPS (1997c): *Resolution CD40.R6: Health of Indigenous Peoples*; Washington, OPS; disponible en <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/1629/CD40.R6en.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (10/05/2015).

OPS (2002): *Armonización de los sistemas de salud indígenas y el sistema de salud convencional de las Américas*; Washington, OPS.

OPS (2008): *La Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas: Evaluación de los Logros en Salud en el Marco del decenio Internacional de los Pueblos Indígenas del Mundo*; sin lugar: OPS; disponible en [http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2009/55-Salud%20de%20los%20Pueblos\\_2008.pdf](http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2009/55-Salud%20de%20los%20Pueblos_2008.pdf) (10/05/2015).

OPS (sin fecha a): *Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud: Salud de los Pueblos Indígenas*; sin lugar, OPS; disponible en [http://www.unesco.org/uy/ci/fileadmin/shs/redbioetica/Salud\\_de\\_pueblos\\_indigenas\\_\\_OPS.pdf](http://www.unesco.org/uy/ci/fileadmin/shs/redbioetica/Salud_de_pueblos_indigenas__OPS.pdf) (10/05/2015).

OPS (sin fecha b): *Iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas: Lineamientos Estratégicos y Plan de acción 2003 - 2007*; sin lugar, OPS; disponible en [http://cidbimena.desastres.hn/filemgmt/files/Iniciativa\\_Salud.pdf](http://cidbimena.desastres.hn/filemgmt/files/Iniciativa_Salud.pdf) (10/05/2015).

OPS (2012a): *Salud en las Américas. Panorama Regional y Perfiles de Países*, sin lugar, OPS.  
OPS (2012b): *Estado de salud y nutrición de los niños menores de 5 años pertenecientes a las poblaciones indígenas y no indígenas de Bagua y Condorcanqui en la Región Amazonas Informe Técnico*. Lima, OPS; disponible en [http://www.smdpi.com/cida-ops/images/stories/publicaciones/cierre/LIBRO\\_encuestaLB\\_impreso\\_04junio2014.pdf](http://www.smdpi.com/cida-ops/images/stories/publicaciones/cierre/LIBRO_encuestaLB_impreso_04junio2014.pdf) (18/03/2017).

Pajuelo, Ramón (2004): "Identidades en Movimiento. Tiempos de globalización, procesos sociopolíticos y movimiento indígena en los países centro andinos. Colección Monografías, N° 3, Caracas, Programa Globalización, Cultura y Transformaciones Sociales, CIPOST, Faces, Universidad Central de Venezuela; disponible en: <http://centroderecursos.cultura.pe/es/registrobibliografico/identidades-en-movimiento-tiempos-de-globalizaci%C3%B3n-procesos-sociopol%C3%ADticos-y> (19/03/2017)

Pérez Álvarez, Pablo (2015): "El VIH golpea a la Amazonía", en: EL País, 27/11/2015; disponible en: [http://elpais.com/elpais/2015/11/26/planeta\\_futuro/1448549343\\_964635.html](http://elpais.com/elpais/2015/11/26/planeta_futuro/1448549343_964635.html) (19/03/2017).

Portocarrero, Julio (2013): Informe Final: Estudio Antropológico del Sistema de Salud en *Churcampa, Huancavelica*, Lima, Medicus Mundi Navarra – Salud Sin Límites Perú.

Poupeau, Franck (2014): "La Identidad Aymara. Herencias y Ambivalencias de una Construcción Política", en: Lomné, Georges. *De la Política Indígena Perú y Bolivia*, Lima, IFEA.

Remy, María Isabel (2008): "Poca participación y muchos conflictos", en: *Perú hoy*, Lima, DESCO.

Ribotta, Rubén (2010): *Diagnóstico sociodemográfico de los pueblos indígenas del Perú*, Santiago de Chile, CEPAL; disponible en [http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/6/40386/peru\\_julio2010.pdf](http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/6/40386/peru_julio2010.pdf) (05/07/15).

Rodríguez, Luis y Piñero Royo (2007): "La internacionalización de los derechos indígenas en América Latina: ¿El fin de un ciclo?"; en Puig, Salvador Martí I. *Pueblos Indígenas y Política en América Latina: El Reconocimiento de sus Derechos y el Impacto de sus Demandas a Inicios del Siglo XXI*; Barcelona, CIDOB.

Schattsneider, E. E. (1975): *The semisovereign people: a realist's view of democracy in america*, S/F, S/L.

Secretaría de Salud de Estados Unidos Mexicanos (sin fecha): *Marco Legal de la Medicina Tradicional y las Medicinas Complementarias*; México D.F., Subsecretaría de Innovación y Calidad de la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud, disponible en <http://www.dgplades.salud.gob.mx/Contenidos/Documentos/Eventos/2TallerNacional/MarcoLegal.pdf> (10/05/2015).

Stone, Deborah (1989): “Casual Stories and Policy Agendas”, en *Political Science Quarterly*, 104, N° 2 pp. 281-300.

Tubino, Fidel (2002): “Entre el Multiculturalismo y la Interculturalidad: Más Allá de la Discriminación Positiva”; en Fuller, Norma (ed.) *Interculturalidad y Política. Desafíos y posibilidades*; Lima, Red para el Desarrollo de las Ciencias Sociales del Perú; disponible en [http://www.juntadeandalucia.es/empleo/recursos/material\\_didactico/comun/multiculturalidad/pdf/16.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/empleo/recursos/material_didactico/comun/multiculturalidad/pdf/16.pdf) (09/05/2015).

UNICEF (2010): *Estado de la Niñez Indígena en el Perú*; Lima, UNICEF; disponible en: [https://www.unicef.org/peru/spanish/ENI\\_2010.pdf](https://www.unicef.org/peru/spanish/ENI_2010.pdf) (18/03/2017).

UNICEF (2017): *Estudio sobre la situación de la niñez y la adolescencia en los departamentos de la Amazonía del Perú*, Lima, UNICEF.

UNFPA (2011): *Atención en Salud con Pertinencia Intercultural: Modelo Técnico – Teórico Dirigido a personal Facilitador de Salud*; Lima, UNFPA; disponible en <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/SSL-Atencion-en-Salud-Modulo-Tecnico.pdf> (9/05/2015).

Velásquez, Aníbal, Dalia Suarez y Edgardo Nepo Linares (2016): “Reforma del Sector Salud en el Perú: Derecho, Gobernanza, Cobertura Universal y Respuesta Contra Riesgos Sanitarios”, en: *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública* 33,3, Lima, INS.

Walsh, Catherine (2007): “Interculturalidad y colonialidad del poder. Un pensamiento y posicionamiento “otro” desde la diferencia colonial”; en: S. Castro-Gómez & R. Grosfoguel: *El giro decolonial: reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global* (pp. 47-62); Bogotá; Siglo del Hombre Editores, Universidad Central, Instituto de Estudios Sociales Contemporáneos, Pontificia Universidad Javeriana, Instituto Pensar.