UNIJUÍ – UNIVERSIDAD REGIONAL DEL NOROESTE DEL ESTADO DE RIO GRANDE DO SUL

PPGDR – PROGRAMA DE POSGRADO EN DESARROLLO REGIONAL

ÁREA DE CONCENTRACIÓN: PLANIFICACIÓN Y GESTIÓN

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: POLÍTICAS PÚBLICAS, PLANIFICACIÓN URBANA Y GESTIÓN DEL TERRITORIO

ERIKSON ENRIQUE GUTIÉRREZ MÁRQUEZ

SERVICIO PÚBLICO DE SALUD CON ENFOQUE INTERCULTURAL PARA LAS COMUNIDADES CAMPESINAS DE LOS ANDES: EL CASO DE LA REGIÓN DE CUSCO, PERU

IJUÍ-RS
2025

Erikson Enrique Gutiérrez Marquez

SERVICIO PÚBLICO DE SALUD CON ENFOQUE INTERCULTURAL PARA LAS COMUNIDADES CAMPESINAS DE LOS ANDES: EL CASO DE LA REGIÓN DE CUSCO, PERÚ

Tesis de Doctorado presentada en el Programa de Postgrado en Desarrollo Regional de la Universidad Regional del Noroeste del Estado de Rio Grande do Sul, Brasil, Área de Concentración Planificación y Gestión, Línea de Investigación Políticas Públicas, Planificación Urbana y Gestión Territorial, como requisito parcial para la obtención del título de Doctor en Desarrollo Regional.

Asesor: Prof. Dr. Sérgio Luís Allebrandt

IJUÍ-RS-BRASIL

2025

Catalogação na Publicação

.G984s

. Gutiérrez Marquez, Erikson Enrique.
Servicio público de salud con enfoque intercultural para las comunidades campesinas de Los Andes : el caso de la región de Cusco, Perú / Erikson Enrique Gutiérrez Marquez. – Ijuí, 2025.
138 f. ; il. ; 30 cm.

Tese (doutorado) – Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (Campus Ijuí). Desenvolvimento Regional.

"Orientador: Prof. Dr. Sérgio Luís Allebrandt".

1. Saúde intercultural. 2. Comunidades camponesas. 3. Povos indígenas. 4. Medicina tradicional. 5. Políticas públicas. 6. Direito à saúde. 7. Diversidade cultural. 8. Região de Cusco. 9. Conhecimento ancestral. 10. Serviços de saúde. I. Allebrandt, Sérgio Luís. II. Título.

CDU: 61(853.2)

Cristina Libert
Wiedtkenper
CRB 10/2651

AGRADECIMIENTOS

Estimado Prof. Dr. Sergio Luis Allebrandt,

Quiero expresarle mi más profundo agradecimiento por su invaluable orientación y apoyo a lo largo de este proceso académico. Desde el primer momento en que llegué a este país, usted me acogió con generosidad y paciencia, facilitando mi integración tanto en el ámbito académico como en la vida cotidiana. Su disposición para compartir sus conocimientos y su guía en cada etapa de mi investigación han sido fundamentales para mi desarrollo como investigador y profesional.

Mi proyecto de tesis sobre el servicio público de salud con enfoque intercultural para las comunidades campesinas de los Andes en la región de Cusco, Perú, es un tema que me apasiona profundamente, y su acompañamiento ha sido clave para estructurar y consolidar mis ideas. Gracias a su paciencia y enseñanzas, pudo comprender con mayor profundidad las dinámicas de planificación y gestión en el ámbito de las políticas públicas y la salud intercultural.

Su orientación no solo ha sido académica, sino también humana. En un contexto nuevo para mí, su apoyo y confianza me han permitido avanzar con seguridad en mi camino de investigación. Cada sugerencia, cada corrección y cada consejo han sido un reflejo de su compromiso con la excelencia y la formación de sus estudiantes.

Agradezco profundamente el tiempo que ha dedicado a revisar mi trabajo, las discusiones enriquecedoras que hemos tenido y la oportunidad de aprender de su vasta experiencia en el campo del desarrollo regional. Su labor como mentor ha dejado una huella imborrable en mi formación, y espero poder honrar todo lo aprendido aplicándolo en beneficio de las comunidades que forman parte de mi estudio.

Le reitero mi gratitud y reconocimiento por su apoyo incondicional. Mi experiencia en la Universidad Regional del Noroeste del Estado de Rio Grande do Sul (UNIJUÍ) ha sido enriquecedora gracias a usted, y siempre recordaré con aprecio su orientación y amistad.

RESUMEN

La presente investigación analiza el estado actual del servicio público de salud con enfoque intercultural en las comunidades campesinas de los Andes, tomando como estudio de caso la región de Cusco, Perú. El estudio parte de la constatación de una profunda brecha entre el sistema de salud biomédico oficial y los sistemas de medicina tradicional practicados por estas comunidades. A pesar de la existencia de marcos normativos que reconocen el derecho a una atención en salud con pertinencia cultural, su aplicación ha sido limitada debido a barreras estructurales, institucionales y socioculturales. A través de una metodología cualitativa con enfoque hermenéutico y un análisis sociohistórico, se examina la percepción de los actores involucrados, como profesionales de salud, líderes comunales y usuarios, respecto a la calidad y pertinencia cultural de los servicios sanitarios. Se identifican las principales limitaciones en infraestructura, formación del personal, integración de saberes ancestrales y participación comunitaria. Asimismo, se presentan experiencias comparadas exitosas y se proponen estrategias para fortalecer un modelo de salud más inclusivo, culturalmente pertinente y respetuoso de la cosmovisión andina. Esta tesis busca contribuir al diseño de políticas públicas más equitativas, promoviendo el reconocimiento de la diversidad cultural como un eje central en la planificación y gestión de los servicios de salud, y consolidando un enfoque intercultural como garantía del derecho a la salud de los pueblos originarios.

Palabras clave: Salud intercultural; comunidades campesinas; pueblos indígenas; medicina tradicional; políticas públicas; derecho a la salud; diversidad cultural; región de Cusco; saberes ancestrales; servicios de salud.

RESUMO

Esta pesquisa analisa o estado atual dos serviços de saúde pública com uma abordagem intercultural em comunidades rurais dos Andes, usando a região de Cusco, no Peru, como estudo de caso. O estudo se baseia na observação de uma profunda lacuna entre o sistema oficial de saúde biomédica e os sistemas de medicina tradicional praticados por essas comunidades. Apesar da existência de marcos regulatórios que reconhecem o direito à assistência médica culturalmente relevante, sua implementação tem sido limitada devido a barreiras estruturais, institucionais e socioculturais. Utilizando uma metodologia qualitativa com uma abordagem hermenêutica e uma análise sócio-histórica, examinamos as percepções das partes interessadas envolvidas, como os profissionais de saúde, líderes comunitários e usuários em relação à qualidade e relevância cultural dos serviços de saúde. As principais limitações são identificadas na infraestrutura, treinamento de equipe, integração de conhecimentos ancestrais e participação comunitária. Da mesma forma, são apresentadas experiências comparativas bem-sucedidas e propostas estratégias para fortalecer um modelo de saúde mais inclusivo, culturalmente relevante e respeitador da cosmovisão andina. Esta tese busca contribuir para a formulação de políticas públicas mais equitativas, promovendo o reconhecimento da diversidade cultural como elemento central no planejamento e na gestão dos serviços de saúde, e consolidando a abordagem intercultural como garantia do direito à saúde dos povos indígenas.

Palavras-chave: Saúde intercultural; comunidades camponesas; povos indígenas; medicina tradicional; políticas públicas; direito à saúde; diversidade cultural; Região de Cusco; conhecimento ancestral; serviços de saúde.

ABSTRACT

This research analyzes the current state of public health services with an intercultural approach in the Andean peasant communities, using the Cusco region of Peru as a case study. The study highlights a significant gap between the official biomedical health system and the traditional medical practices maintained by these communities. Although normative frameworks recognize the right to culturally appropriate healthcare, their implementation remains limited due to structural, institutional, and sociocultural barriers. Using a qualitative methodology with a hermeneutic and socio-historical perspective, the study explores the perceptions of key stakeholders—health professionals, community leaders, and users—regarding the quality and cultural relevance of healthcare services. It identifies critical limitations in infrastructure, personnel training, integration of ancestral knowledge, and community participation. Additionally, successful comparative experiences are examined, and strategies are proposed to strengthen a more inclusive, culturally appropriate health model that respects the Andean worldview. This thesis aims to contribute to the development of more equitable public policies by promoting the recognition of cultural diversity as a central axis in the planning and management of healthcare services and by consolidating an intercultural approach as a guarantee of the right to health for Indigenous peoples.

Keywords: Intercultural health; peasant communities; Indigenous peoples; traditional medicine; public policies; right to health; cultural diversity; Cusco region; ancestral knowledge; health services.

SUMÁRIO

1 INTRODUCCIÓN 10

2 PUEBLOS INDÍGENAS: COMUNIDADES CAMPESINAS 28

3 SERVICIO PÚBLICO DE SALUD CON ENFOQUE INTERCULTURAL 37

3.1 EVALUACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD EN COMUNIDADES CAMPESINAS ... 45

3.2 PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES DE SALUD SOBRE LA INTERCULTURALIDAD 48

3.3 BARRERAS Y DESAFÍOS EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL ENFOQUE INTERCULTURAL 53

3.4 COMPARACIÓN CON MODELOS EXITOSOS EN OTROS PAÍSES 56

3.5 ANÁLISIS DE LA INTEGRACIÓN DE LOS SABERES ANCESTRALES EN LA ATENCIÓN MÉDICA 58

4 APROXIMACIÓN AL TERRITORIO PREINTERPRETADO: LO QUE DICEN LOS ACTORES Y AGENTES Y LA PRIMERA INTERPRETACIÓN DEL INVESTIGADOR 62

4.1 PROFESIONALES DE LA SALUD QUE TRABAJAN EN COMUNIDADES 64

4.1.1 Entrevistado E1 – Obstetra rural, puesto de salud en Cusco 64

4.1.2 Entrevistado E2 – Médico general, centro de salud rural en provincia de Chumbivilcas. 66

4.1.3 Entrevistado E3 – Enfermera comunitaria, microred rural de la provincia de Canchis 68

4.1.4 Entrevistado E4 – Médico Serums en zona altoandina del Cusco 70

4.1.5 Entrevistado E5 – Técnico en salud, puesto de salud rural en Quispicanchi 72

4.1.6 Entrevistado E6 – Psicóloga en centro de salud rural, región de Cusco 74

4.2 LAS VOCES DE COMUNEROS Y COMUNERAS 76

4.2.1 Entrevistado C1 – Mujer quechuahablante, 58 años, comunidad altoandina en Canas (Cusco) 77

4.2.2 Entrevistado C2 – Varón, 72 años, agricultor, comunidad altoandina en Acomayo (Cusco) 79

4.2.3 Entrevistado C3 – Mujer joven, 26 años, madre reciente, comunidad campesina en Paucartambo (Cusco) 81

4.2.4 Entrevistado C4 – Sabio tradicional (curandero), 68 años, comunidad quechua en Calca (Cusco) 83

4.2.5 Entrevistado C5 – Joven varón, 20 años, estudiante y agricultor, comunidad en La Convención (Cusco) ... 84

4.3 LAS AUTORIDADES COMUNALES ... 86

4.3.1 Entrevistado P1 – Varón, 47 años, presidente de comunidad campesina, provincia de Paruro (Cusco) ... 86

4.3.2 Entrevistado P2 – Secretario de organización comunal, varón, 39 años, comunidad en Ocongate (Cusco) ... 88

4.3.3 Entrevistado P3 – Responsable del comité de salud comunal, varón, 44 años, comunidad campesina en Canchis (Cusco) ... 90

4.4 LOS ESPECIALISTAS ... 92

4.4.1 Entrevistado S1 – Funcionario técnico en salud intercultural, Diresa Cusco ... 92

4.4.2 Entrevistado S2 – Docente universitaria e investigadora ... 94

4.4.3 Entrevistado S3 – Docente universitaria en derechos humanos, Universidad Continental, sede Cusco ... 96

4.4.4 Entrevistado S4 – Docente en derecho civil, Universidad Continental, sede Cusco 97

5 BÚSQUEDA DE LA ESENCIA DEL FENÓMENO PARA EXPLICAR LA REALIDAD CONCRETA ... 102

5.1 ASPECTOS CENTRALES QUE SURGEN DE LA PRÁCTICA DE LOS PROFESIONALES DE SALUD ... 102

5.2 COMUNIDADES CAMPESINAS: CRÍTICA AL SERVICIO DE SALUD ... 106

5.3 ROL DEL ESTADO Y DE LAS ORGANIZACIONES EN LA SALUD INTERCULTURAL ... 109

5.4 IMPACTO DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS EN LA ATENCIÓN SANITARIA DE LAS COMUNIDADES INDÍGENAS ... 112

5.5 ESTRATEGIAS PARA FORTALECER EL ENFOQUE INTERCULTURAL EN SALUD PÚBLICA ... 116

5.6 FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD ... 118

5.7 INTEGRACIÓN DE SABERES ANCESTRALES EN EL SISTEMA DE SALUD ... 122

5.8 PROPUESTAS DE MEJORA EN LA INFRAESTRUCTURA Y ACCESO A LA SALUD ... 125

6 CONSIDERACIONES FINALES ... 129

REFERENCIAS ... 136

APÊNDICE: PREGUNTAS ORIENTADORAS PARA ENTREVISTAS CON PARTICIPANTES EN LA INVESTIGACIÓN ... 140

1 INTRODUCCIÓN

Las comunidades campesinas andinas, particularmente en la región de Cusco, han desempeñado un papel crucial en la configuración de la identidad cultural y social del Perú. Su cosmovisión, las prácticas tradicionales que sostienen, así como sus formas de organización social, han sido elementos esenciales para la construcción del tejido histórico de la nación. Estas comunidades son reconocidas no solo por su resistencia cultural, sino también por su rol activo como guardianas de la diversidad biocultural y sociolingüística del país (Toledo, 2013).

Sin embargo, a pesar de su riqueza cultural y sus aportes a la identidad nacional, estas comunidades han enfrentado históricamente múltiples desafíos en el acceso a servicios básicos, particularmente en el ámbito de la salud pública. La ausencia de políticas efectivas de salud intercultural ha generado una brecha significativa entre el sistema de salud occidental y las prácticas médicas tradicionales de estas poblaciones, lo que ha limitado su derecho a recibir una atención adecuada y pertinente a sus necesidades culturales y sociales.

A nivel global, el derecho a la salud ha sido reconocido como un pilar fundamental del desarrollo humano y del bienestar social. Organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) han destacado la importancia de garantizar servicios de salud que respeten la diversidad cultural y promuevan la equidad en el acceso a la atención médica (OPS, s.f.).

El Plan de Salud para la Juventud Indígena de América Latina y el Caribe elaborado por la OPS también subraya que "la falta de servicios de salud en territorios y comunidades indígenas es un factor directo que contribuye a la migración hacia las ciudades" (OPS, 2017). En este contexto, la salud intercultural se ha convertido en un enfoque esencial para asegurar que los sistemas sanitarios sean inclusivos, reconociendo y articulando los conocimientos ancestrales con la medicina convencional.

El Perú, al ser país pluricultural y plurilingüe, los pueblos indígenas todavía conservan sus propias formas de ver el mundo, de pensar, de organizarse, de relacionarse, así como sus propios sistemas médicos, educativos y de administración de justicia. Poseen sus sistemas de salud fundamentados en su cosmovisión y que se expresan a través de diferentes prácticas en el cuidado de su salud, como en el uso de las plantas medicinales, uso de animales o minerales, y

también en la presencia de agentes de la medicina tradicional (curanderos, parteras[1], chamanes, hierberos, entre otros). Estas prácticas forman parte de sus tradiciones culturales y los llevan a cabo con sumo respeto a su entorno.

Diversas investigaciones han señalado que las prácticas médicas tradicionales en contextos indígenas se fundamentan en una lógica de reciprocidad con la naturaleza, entendida no solo como entorno físico, sino como parte integral del equilibrio espiritual y ambiental que se busca preservar en las comunidades andinas (De la Cadena, 2010).

La implementación de un enfoque intercultural en la prestación de servicios de salud ha sido promovida por diversos marcos normativos, incluyendo la Ley de Medicina Tradicional, el Decreto Supremo No. 016-2016-SA y las políticas sectoriales de salud intercultural. Esta política complementa la Norma Técnica de Salud Nº 047-Minsa/DGSP-V.01 para la Transversalización de los Enfoques de Derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad en Salud, aprobada en el 2006 mediante la Resolución Ministerial Nº 638-2006/Minsa.

De acuerdo con los lineamientos institucionales impulsados por el Estado peruano en los últimos años, se han desarrollado diversas acciones estratégicas orientadas a mejorar la cobertura y calidad de los servicios de salud en regiones con presencia mayoritaria de pueblos indígenas. Entre estas medidas destacan la ejecución de proyectos de inversión pública destinados a facilitar el acceso a los establecimientos de salud en zonas andinas y amazónicas, así como la elaboración de planes regionales de salud indígena, en los cuales se reconoce la necesidad de una atención diferenciada que respete la diversidad cultural y lingüística de las poblaciones originarias (Unfpa, 2017).

No obstante, la aplicación de estos marcos legales ha sido deficiente, debido a la falta de recursos, la ausencia de infraestructura adecuada y la escasa capacitación del personal de salud en enfoques interculturales. Esto ha llevado a la exclusión de prácticas médicas tradicionales, como el uso de plantas medicinales, la atención de partos por parteras comunitarias y los

[1] Mujer con saber ancestral, asistente y guía en partos, reconocida por la comunidad.

tratamientos ofrecidos por curanderos y chamanes, quienes han desempeñado un papel crucial en la salud de estas comunidades durante siglos.

El problema de investigación surge a partir de la persistente marginación que han sufrido las comunidades indígenas y campesinas en el acceso a servicios de salud adecuados a sus necesidades culturales. A pesar de que el Estado peruano ha ratificado instrumentos internacionales como el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), que garantiza el derecho de los pueblos indígenas a recibir atención en salud con pertinencia cultural, la realidad muestra que estos compromisos no se han convertido en cambios significativos en la práctica. Las tasas de mortalidad infantil y materna siguen siendo preocupantemente altas en las zonas rurales, y muchas familias recurren exclusivamente a la medicina tradicional debido a la desconfianza en el sistema de salud formal, la falta de personal capacitado y la imposición de modelos biomédicos que no consideran sus creencias y costumbres.

Desde la propuesta de una diversidad epistémica planteada por el giro decolonial (Castro Gómez & Grosfoguel, 2007), se puede comprender que los saberes indígenas no deben subordinarse al conocimiento hegemónico, sino coexistir como formas válidas de interpretar la realidad social y de construir políticas públicas interculturales.

Basado en este alcance, surgió la cuestión central que orienta esta investigación: **¿Cuál es el estado actual y cómo se está implementando el servicio de salud con enfoque intercultural en las comunidades campesinas de los Andes en la región de Cusco?**

Además, la investigación abordó cuestiones complementarias: ¿Qué nivel de cumplimiento tienen las políticas de salud intercultural en las municipalidades de la región de Cusco? ¿Cuáles son las principales barreras que enfrentan las comunidades campesinas para acceder a servicios de salud con enfoque intercultural? ¿Cómo perciben las comunidades campesinas la atención en salud que reciben y qué grado de compatibilidad existe entre la medicina tradicional y la medicina occidental en los servicios de salud pública? ¿Qué estrategias o modelos de atención intercultural han sido implementados con éxito y pueden servir como referencia para mejorar la prestación de servicios de salud en estas comunidades?

Para responder a las preguntas de investigación, el estudio definió como objetivo **analizar el estado actual del servicio de salud con enfoque intercultural para las comunidades campesinas de los antes de la región de Cusco – Perú**. Este objetivo se detalló en objetivos específicos: a) evaluar las competencias y la formación del personal de salud en relación con la implementación efectiva de un enfoque intercultural en las comunidades campesinas de los Andes en la región de Cusco, Perú; b) analizar la planificación y asignación presupuestaria de los servicios de salud desde una perspectiva intercultural para las comunidades campesinas de los Andes en la región de Cusco, Perú; c) describir y evaluar la integración del enfoque intercultural en los servicios de salud ofrecidos a las comunidades campesinas de los Andes en la región de Cusco, Perú; d) examinar el estado actual del equipamiento e infraestructura de los centros de salud en las comunidades campesinas de los Andes en la región de Cusco, Perú, en relación con su adecuación a un enfoque intercultural; e) proponer estrategias y recomendaciones para mejorar la efectividad y pertinencia cultural del servicio público de salud en las comunidades campesinas de los Andes en la región de Cusco, Perú.

Utilizando una metodología cualitativa basada en la hermenéutica de profundidad y el método de análisis de contenido, buscamos evaluar la implementación de políticas de salud pública interculturales, examinar las percepciones de las comunidades sobre la calidad de los servicios de salud, identificar los principales desafíos en la coordinación entre los sistemas de salud occidentales y tradicionales, y proponer estrategias para fortalecer un modelo de atención más inclusivo y culturalmente pertinente.

Este trabajo se enmarca en la línea de investigación Políticas Públicas, Planificación Urbana y Gestión Territorial del PPGDR/Unijui, y busca contribuir al desarrollo de estrategias de salud intercultural que permitan mejorar la calidad de vida de las comunidades campesinas de los Andes. La relevancia de este estudio radica en la necesidad urgente de generar conocimiento académico que respalde la toma de decisiones en materia de salud pública, proponiendo alternativas que integren el saber ancestral con la medicina moderna, en un marco de respeto mutuo y colaboración entre el Estado y las comunidades locales.

El interés por la presente investigación surgió de una combinación de factores personales, profesionales y académicos que han moldeado mi trayectoria y han orientado mi compromiso con el estudio del servicio público de salud con enfoque intercultural en las comunidades campesinas de los Andes en la región de Cusco, Perú. A lo largo de mi experiencia en el ámbito

jurídico y académico, he sido testigo de las brechas persistentes en el acceso a derechos fundamentales, particularmente en poblaciones vulnerables cuyas realidades históricas, culturales y socioeconómicas han sido sistemáticamente relegadas en el diseño e implementación de políticas públicas.

Mi formación en derecho me permitió comprender, desde una perspectiva normativa, los principios fundamentales que rigen el acceso a los servicios esenciales, como la salud, la educación y la justicia. Sin embargo, con el tiempo, se anuncia que la existencia de un marco normativo garantizado no necesariamente se traduce en un cumplimiento efectivo de los derechos reconocidos. En el caso particular de las comunidades campesinas e indígenas de los Andes peruanos, la salud pública se enfrenta a una serie de desafíos estructurales que van desde la falta de infraestructura y recursos hasta la incompatibilidad entre los sistemas médicos formales y las prácticas ancestrales de medicina tradicional. Este último punto constituye un área de especial interés para mi investigación, pues considero que la interculturalidad no solo debe ser un principio abstracto en la formulación de políticas, sino un eje transversal que garantice un diálogo efectivo entre saberes y prácticas, como sostiene Walsh (2009), la interculturalidad crítica implica una transformación estructural del Estado monocultural en función de la pluralidad epistémica.

En mi experiencia como docente e investigador, trabajo de cerca con estudiantes que provienen de estas comunidades y que han compartido sus experiencias sobre las dificultades que enfrentan sus familias y allegados en el acceso a los servicios de salud. Estas interacciones no solo han fortalecido mi convicción sobre la necesidad de abordar el problema desde una perspectiva integral, sino que también me han motivado a desarrollar una propuesta que no solo identifique las fallas del sistema, sino que contribuya a la formulación de soluciones viables y sostenibles.

Además, mi inserción en el ámbito académico internacional ha sido un factor determinante en la elección de este tema de investigación. La oportunidad de realizar estudios en la Universidad Regional del Noroeste del Estado de Rio Grande do Sul (Unijui) y de contar con la orientación del Prof. Dr. Sérgio Luís Allebrandt me ha permitido enriquecer mi perspectiva sobre la gestión pública y la formulación de políticas en contextos de diversidad cultural. La posibilidad de comparar los enfoques aplicados en diferentes países ha reforzado mi convicción sobre la

necesidad de un modelo que integre la medicina convencional y la medicina tradicional andina, respetando la autonomía de las comunidades y promoviendo un acceso equitativo a la salud.

Desde una dimensión más personal, este proyecto representa una forma de retribuir a la comunidad de la que provengo y con la que mantengo un vínculo estrecho. Como abogado y docente, considera que la investigación debe tener un propósito práctico y transformador, más allá del análisis teórico. Por ello, este trabajo no solo busca generar conocimiento académico, sino también servir como insumo para la mejora de las políticas de salud intercultural en el Perú.

Finalmente, mi compromiso con este estudio radica en la profunda convicción de que el acceso a la salud no puede estar condicionado por la pertenencia étnica, la ubicación geográfica o las diferencias culturales. La interculturalidad, más que un ideal, debe ser una herramienta efectiva para garantizar que las políticas públicas respondan a la realidad de cada comunidad. En ese sentido, esta investigación es un esfuerzo por contribuir a la construcción de un sistema de salud más inclusivo y respetuoso de la diversidad cultural, en el que las comunidades campesinas no sean solo destinatarias de políticas diseñadas desde una visión centralista, sino protagonistas en la formulación de soluciones que responden a sus necesidades y expectativas.

Esta investigación se llevó a cabo de acuerdo con los principios éticos fundamentales que rigen los estudios en las ciencias sociales y la salud pública. Se garantizó el respeto a la dignidad, autonomía y privacidad de los participantes, asegurando que su participación fuera voluntaria y que toda la información proporcionada fuera tratada con estricta confidencialidad.

Para ello, se solicitó el consentimiento informado a todos los entrevistados, explicándoles claramente los objetivos del estudio, cómo se utilizarían los datos y su derecho a retirarse en cualquier momento, sin consecuencias. Además, se protegió la identidad de los participantes mediante la armonización de datos, impidiendo la divulgación de información que pudiera comprometer su seguridad o integridad.

Además, el estudio se orientó por los principios de beneficencia y justicia, asegurando que los hallazgos de la investigación contribuyan a la formulación de políticas más inclusivas y equitativas en la gestión de la salud intercultural. Se cumplieron todas las normas éticas

nacionales e internacionales aplicables, incluyendo los lineamientos del Comité de Ética en Investigación de la institución correspondiente.

Los sujetos de investigación de este estudio fueron los actores clave involucrados en la prestación, gestión y utilización de servicios de salud interculturales en las comunidades rurales de la región Cusco. Se consideró una selección estratégica de participantes para proporcionar una visión integral del problema, incluyendo representantes gubernamentales, profesionales de la salud, miembros de comunidades rurales y expertos sobre la temática.

En primer lugar, se incluyó a profesionales del sector salud que trabajan en comunidades y atienden a las poblaciones rurales, entrevistando a seis profesionales de la salud: un obstetra, un médico general, una enfermera comunitaria, un psicólogo, un médico del Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (Serums) y un técnico de salud. Su inclusión fue fundamental para comprender las limitaciones de la aplicación de un modelo de atención intercultural, la formación recibida en salud culturalmente pertinente y las dificultades para integrar la medicina tradicional y biomédica.

Esta problemática ha sido abordada en investigaciones previas. Como señala Saldaña-Tejeda (2017), diversos estudios etnográficos han demostrado que muchos profesionales de la salud continúan reproduciendo esquemas monoculturales en su práctica cotidiana, lo que dificulta el establecimiento de diálogos horizontales con los sistemas de salud indígenas y limita la implementación efectiva de enfoques interculturales. Esta resistencia no solo se manifiesta en la dimensión técnica de la atención médica, sino también en las representaciones y prejuicios que perviven en el ejercicio profesional.

El segundo grupo importante en la investigación estuvo conformado por integrantes y usuarios de servicios de salud de comunidades rurales, indígenas y campesinas, quienes brindaron información sobre sus experiencias, percepciones y nivel de satisfacción con la atención en salud. A través de entrevistas, analizamos los desafíos que enfrentan para acceder a estos servicios, su aceptación o rechazo a la atención brindada en los centros de salud y la prevalencia de prácticas médicas tradicionales en sus comunidades. En este grupo se entrevistaron a cinco integrantes de comunidades indígenas y campesinas: una mujer quechua hablante, un anciano campesino, una joven recién madre, un curandero y un estudiante campesino.

En un tercer grupo se incluyó autoridades comunales, para analizar el nivel de implementación de políticas de salud intercultural en sus respectivas jurisdicciones. Estos temas nos permitieron evaluar el rol de las autoridades comunales en la gestión de la salud en contextos rurales e interculturales y la forma en que las comunidades andinas gestionan colectivamente los temas de salud, los cuidados, y la interacción con el Estado, a través de sus propias estructuras organizativas. En este grupo se entrevistaron a tres autoridades comunales: un presidente de una comunidad campesina, un secretario de una organización comunal y un responsable de un comité de salud comunal de una comunidad campesina.

Finalmente, la investigación incluyó las perspectivas de expertos en salud intercultural, tanto responsables de la gestión de salud en Cusco como investigadores de universidades públicas y privadas del Cusco. En este segmento, se entrevistó a cuatro especialistas: un antropólogo médico a cargo del área de salud intercultural en la Dirección Regional de Salud de Cusco; una profesora e investigadora de una universidad pública de Cusco, médica de formación y doctora en antropología médica; una profesora de derechos humanos y un profesor de derecho civil, ambos de una universidad privada en Cusco.

Los criterios de selección de los 18 sujetos de investigación se basaron en la representatividad y diversidad de los actores, asegurando la recolección de datos desde múltiples perspectivas. La inclusión de estos grupos permitió una comprensión más profunda y holística del estado actual de la salud intercultural en Cusco, facilitando la identificación de estrategias para mejorar su implementación y fortalecer el derecho a la salud de las comunidades rurales.

La selección de participantes se realizó mediante muestreo teórico y selección intencional, con el propósito de captar la diversidad de perspectivas relevantes para el estudio de la salud intercultural en la región de estudio. El muestreo teórico se empleó para priorizar la relevancia conceptual sobre la representatividad estadística: los participantes fueron incorporados en función de su capacidad para aportar información pertinente a las categorías emergentes relacionadas con la integración de saberes ancestrales, las prácticas asistenciales y las dinámicas de gobernanza local.

El proceso operativo de selección respondió a dos criterios centrales: (a) la heterogeneidad funcional (incluir actores con roles diferenciados: autoridades comunales, líderes tradicionales, profesionales de salud, usuarios y especialistas) y (b) la posicionamiento en la verticalidad

comunitaria, entendida como la estructura jerárquica y de legitimidad propia de las comunidades campesinas. En consideración de dicha verticalidad, la secuenciación de entrevistas siguió un orden deliberado: en primera instancia se entrevistaron autoridades comunales (p. ej. presidente comunal), a fin de obtener legitimidad y facilitar el acceso; en segunda instancia, profesionales de salud del primer y segundo nivel; y finalmente, usuarios, parteras y sabios tradicionales. Esta secuencia buscó respetar normas locales de acceso y evitar sesgos derivados de la exclusión de voces por falta de autorización comunitaria.

El tamaño de la muestra (n = 18) se justifica por la estrategia de saturación teórica: se incorporaron participantes hasta que las categorías analíticas relevantes presentaron redundancia suficiente en la evidencia empírica y no emergieron nuevos ejes conceptuales significativos para los objetivos de la investigación. Para garantizar la coherencia y la trazabilidad del proceso, se registraron y documentaron los criterios de selección y los motivos teóricos de inclusión para cada entrevistado, y se incluyeron en el apéndice las fichas individuales de los participantes.

En cuanto al desarrollo metodológico, el proceso se ejecutó de manera secuencial y sistemática, siguiendo un flujo operativo que garantizó coherencia entre los objetivos, la selección de informantes y la interpretación final de los resultados. El procedimiento se resume a continuación:

1. Selección intencional: se identificaron actores clave en función de su vínculo con el fenómeno de estudio y su potencial aporte teórico. Se consideraron criterios de diversidad funcional (autoridades, profesionales, usuarios, sabios tradicionales) y de legitimidad comunal, respetando la verticalidad propia de la organización andina.

2. Número de entrevistas: se realizaron 18 entrevistas semiestructuradas, distribuidas en función de los niveles de involucramiento institucional y comunitario. El número se definió mediante el principio de saturación teórica, deteniéndose el levantamiento de datos cuando las categorías emergentes comenzaron a reiterarse sin nuevos aportes sustantivos.

3. Registro y transcripción: las entrevistas fueron grabadas en audio y transcritas de manera literal, preservando expresiones idiomáticas, metáforas y términos en quechua que reflejan la cosmovisión local.

La investigación asume como limitación epistemológica la dificultad de traducir los significados culturales y simbólicos propios de la cosmovisión andina al lenguaje académico escrito. Para reducir este sesgo, se realizaron entrevistas también en quechua idioma que el investigador comprende, y se validaron las traducciones con informantes clave, reconociendo que toda transposición lingüística implica pérdida de matices pero también oportunidad de diálogo intercultural.

4. Categorización: se procedió a identificar unidades de sentido y construir categorías temáticas iniciales derivadas de los discursos. Estas categorías fueron contrastadas con los objetivos específicos y ajustadas conforme avanzó el análisis.

5. Codificación: cada categoría se codificó manualmente en matrices de análisis, anotando el tipo de actor, el contexto de aparición y el sentido predominante. Este proceso permitió ordenar el corpus y facilitar la lectura comparativa.

6. Triangulación: se realizó un contraste sistemático entre tres fuentes: testimonios orales, observaciones de campo y documentos normativos sobre salud intercultural. Este cruce fortaleció la validez de las inferencias y permitió identificar convergencias y divergencias discursivas.

7. Interpretación analítica: finalmente, se integraron los resultados de la codificación y la triangulación mediante una lectura crítica, articulando el análisis de contenido y el análisis crítico del discurso para comprender cómo las prácticas y discursos reflejan relaciones de poder, legitimidad y reconocimiento intercultural.

Este procedimiento secuencial permitió que la interpretación mantuviera coherencia epistemológica y fidelidad cultural, reforzando la validez del estudio y su aporte a la comprensión del enfoque intercultural en la gestión de los servicios de salud.

El análisis se realizó combinando el análisis de contenido (Bardin, 2001) y el análisis crítico del discurso (Fairclough, 2001). Se siguió un procedimiento en etapas: lectura exploratoria, codificación abierta, construcción de categorías temáticas, interpretación discursiva y triangulación con observaciones y documentos normativos. Este doble enfoque permitió pasar de la descripción temática a la comprensión crítica de los significados culturales y las relaciones de poder implícitas en los discursos de los actores sociales.

En coherencia con las prácticas sociales locales, la selección de participantes se ajustó a la verticalidad comunitaria característica de las comunidades andinas, respetando la jerarquía de autoridad tradicional. En consecuencia, se entrevistó en primer término al presidente comunal y demás autoridades, obteniendo su consentimiento antes de acceder a los profesionales y usuarios. Este orden permitió legitimar la investigación ante la comunidad, asegurar confianza y garantizar la calidad de la información recolectada.

En el contexto ontológico y epistemológico, la investigación se fundamentó en el paradigma de la teoría crítica. La teoría crítica contempla el análisis riguroso de la argumentación y el método, ya que se centra en una coherencia lógica entre argumentos, procedimientos y lenguaje, considerando siempre que las reglas y estándares de la metodología científica están históricamente construidos y vinculados a valores sociales y políticas de relaciones, que a menudo puede ser omitido por el discurso (Alves-Mazzotti, 2002).

De esta manera, el enfoque crítico es esencialmente relacional, ya que busca investigar lo que sucede en grupos e instituciones, relacionando las acciones humanas con la cultura y las estructuras sociales y políticas. Por tanto, es correcto afirmar que el punto de partida radica en la idea de que ningún proceso social puede entenderse de forma aislada, como una instancia neutral por encima de los conflictos ideológicos de la sociedad, ya que estos procesos están siempre profundamente vinculados a las desigualdades que dominan la sociedad. sociedad (Alves-Mazzotti, 2002).

La investigación adoptó la Hermenéutica Profunda, desarrollada por el sociólogo y profesor británico John B. Thompson. Constituye un marco teórico-metodológico relevante para el desarrollo de investigaciones sociales que cuentan con una metodología cualitativa e interpretativa, ya que incluye formas de análisis que, al complementarse entre sí, constituyen un proceso interpretativo complejo. Esta propuesta tiene una perspectiva metodológica menos

descriptiva y más analítica e interpretativa y se basa en el supuesto de que el análisis social debe ser considerado como una interpretación por parte de los sujetos que viven la realidad, siendo el científico social el responsable de realizar una práctica de reinterpretación para comprender y explicar la realidad (Prediger; Scherer; Allebrandt, 2018; Allebrandt, Prediger, 2018).

Thompson (1995) advierte que la hermenéutica profunda comprende tres fases que deben percibirse como dimensiones analíticamente distintas de un proceso interpretativo complejo y no como etapas separadas de un método secuencial. Así, además de la interpretación de la doxa, las otras fases pueden describirse como: análisis sociohistórico, análisis formal o discursivo e interpretación/reinterpretación, como se muestra en la Figura 1.

Figura 1 – Hermenéutica de profundidad (HP)

Fuente: Allebrandt y Prediger (2018, p. 36), adaptado de Thompson (1995).

1.

La Hermenéutica Profunda representa un marco dentro del cual se pueden interrelacionar diversos métodos, instrumentos y procedimientos de análisis, interpretación y búsqueda de comprensión. La búsqueda del contexto, la historicidad, la relación con el espacio, el tiempo, la cultura, las ideologías, la comprensión de posiciones, percepciones, discursos, se vuelven posibles a través del uso de este método (Prediger; Scherer; Allebrandt, 2018).

La primera fase de HP consiste en reconstruir las condiciones sociohistóricas, como nos dicen Allebrandt y Prediger (2018, p. 35):

> A primeira fase da HP consiste, portanto, na reconstrução das condições sócio-históricas de produção, circulação e concepção das formas simbólicas, do exame das regras e convenções, das relações sociais e instituições e da distribuição de poder, recursos e oportunidades em virtude dos quais esses contextos constroem campos socialmente estruturados[2].

La segunda fase aborda cómo los objetos y las expresiones son

> construcciones simbólicas complejas, a través de las cuales algo se expresa o dice sobre algo, y presentan una estructura articulada, es necesario un análisis formal o discursivo a través de [...] análisis de la estructura narrativa y análisis argumentativo (Thompson, 1995, p. 369).

Para realizar este análisis discursivo se utilizaron de forma flexible elementos de los métodos de análisis de contenido (Bardin, 2001) y de análisis crítico del discurso (Fairclouh, 2001).

La tercera fase corresponde a la interpretación/reinterpretación:

> Corresponde al de interpretación/reinterpretación, parte del análisis formal o discursivo y de los resultados del análisis sociohistórico, considerando también las instancias de producción, transmisión y recepción de mensajes, pero requiere un nuevo movimiento de pensamiento, ya que avanza a través de síntesis, por construcción creativa de posibles significados, es decir, una explicación interpretativa de lo que se representa o de lo que se dice, ya que las formas simbólicas o discursivas tienen un **aspecto referencial** y son construcciones que típicamente representan algo, se refieren a algo, dicen algo sobre algo (Thompson, 1995, p. 375).

Este proceso de reinterpretación a un nivel profundo considera, pero va más allá de la interpretación de la doxa (que es más superficial), lo que genera la posibilidad de interpretaciones contradictorias, pero que crea el espacio metodológico descrito como el potencial crítico de la interpretación. La interpretación es un proceso de síntesis creativa, ya que implica la construcción activa de significado, la explicación creativa de lo que se representa o de lo que se dice, a través de un proceso continuo de interpretación que busca reunir los resultados del análisis sociohistórico y formal discursivo, mostrando cómo el significado de las formas simbólicas sirve para establecer y sostener relaciones (Allebrandt; Prediger, 2018).

El proceso metodológico de esta investigación se desarrolló en cinco momentos articulados, tal como se representa en el cuadro de etapas de la investigación. En el punto 1 se realizó la

---

[2] La primera fase de HP consiste, por tanto, en la reconstrucción de las condiciones sociohistóricas de producción, circulación y concepción de formas simbólicas, el examen de reglas y convenciones, relaciones e instituciones sociales y la distribución del poder, recursos y oportunidades en virtud. de qué contextos construyen campos socialmente estructurados (traducción libre).

elaboración del proyecto, donde se plantearon los objetivos, el enfoque y las dimensiones de análisis, así como la defensa formal de la propuesta y los ajustes sugeridos por el comité académico. Esta fase fue clave para delimitar el problema de investigación y fundamentar la elección del enfoque cualitativo-hermenéutico, apropiado para comprender las experiencias y significados construidos por los actores sociales involucrados.

En el punto 2 se desarrolló el marco conceptual con base en aportes de la interculturalidad crítica, las políticas públicas con enfoque territorial y los saberes ancestrales andinos, así como en normativas como el Decreto Supremo N.º 016-2016-SA. Esta etapa permitió construir una base teórica sólida para la posterior interpretación de los testimonios. La interculturalidad crítica, tal como ha sido propuesta por autores como Walsh (2009) y Tubino (2005), plantea una transformación del Estado desde los márgenes epistémicos, cuestionando la hegemonía de los saberes occidentales y proponiendo una apertura hacia epistemologías situadas desde las experiencias históricas de los pueblos indígenas.

El punto 3 correspondió a la recolección y tratamiento de información empírica. Se realizó la selección intencionada de participantes clave como profesionales de salud, comuneros, sabios locales, autoridades comunales y usuarios del sistema, así como el registro y organización de sus datos contextuales. Posteriormente, se aplicaron entrevistas en profundidad, recogiendo experiencias significativas en torno a la atención en salud, la relación entre los sistemas médico y tradicional, y las tensiones vividas por las comunidades. Toda esta información fue sistematizada y preparada para su análisis.

En el punto 4 se concretó la construcción de resultados y discusiones. A través del análisis hermenéutico de las narrativas recogidas, se identificaron barreras estructurales, institucionales y simbólicas que limitan la implementación real del enfoque intercultural, así como prácticas de resistencia, creatividad y articulación desde las propias comunidades. La voz de los actores se convirtió aquí en el eje interpretativo central.

Siguiendo, en el punto 5 se desarrolló la defensa de tesis, que implica la redacción final del documento académico, su revisión sistemática y la presentación formal ante el jurado correspondiente. Este momento representa la culminación del proceso investigativo y la apertura a la validación académica y social del conocimiento construido desde el territorio.

El registro y análisis de los datos en esta investigación se ha estructurado con el objetivo de garantizar la validez, confiabilidad y profundidad en la interpretación de la información recopilada, combinando datos cualitativos y cuantitativos para obtener una visión integral del fenómeno estudiado.

El proceso de recopilación de datos se realizó a partir de diversas fuentes primarias y secundarias. Las fuentes primarias incluyeron las entrevistas a actores clave, que fueron grabadas en audio, con el consentimiento previo de los participantes, y posteriormente transcritas para su análisis detallado. Además, se llevaron a cabo observaciones en centros de salud ubicados en zonas rurales y urbanas, con el fin de documentar el contexto en el que se prestan los servicios de salud y evaluar el grado de integración del enfoque intercultural.

En cuanto a las fuentes secundarias, se revisaron documentos oficiales, como normativas y políticas públicas relacionadas con la salud intercultural, informes de gestión municipal y publicaciones académicas sobre la implementación de este enfoque en contextos similares. Se consultaron bases de datos científicos y repositorios institucionales para complementar el análisis con información relevante y actualizada.

Para el registro sistemático de la información, se empleó un cuaderno de campo que permitió documentar observaciones realizadas durante el trabajo en territorio, así como impresiones, dinámicas y situaciones significativas vinculadas al contexto social y cultural de las comunidades campesinas. Este instrumento cumplió un rol fundamental como soporte reflexivo, favoreciendo la inmersión en el proceso interpretativo y el vínculo con los actores locales.

La información obtenida a través de entrevistas en profundidad fue transcrita de manera cuidadosa, respetando las expresiones idiomáticas y los matices culturales presentes en el habla de los participantes. Posteriormente, se organizó el corpus textual con el apoyo de herramientas digitales de gestión cualitativa, que facilitaron la codificación de las narrativas y la identificación de categorías emergentes.

El análisis se realizó desde el enfoque cualitativo e interpretativo de la hermenéutica profunda. A través de una lectura atenta, se identificaron patrones discursivos, significados simbólicos y relaciones contextuales que emergieron del relato de los actores sociales. Esta lectura no fue

lineal ni mecánica, sino guiada por la sensibilidad teórica y el compromiso ético con las voces recogidas. Las categorías fueron construidas de manera inductiva, a partir del lenguaje y las experiencias compartidas por profesionales de salud, comuneros, líderes comunales y sabios tradicionales, permitiendo interpretar cómo perciben, viven y resignifican la atención en salud y la interculturalidad.

Asimismo, se aplicó una estrategia de triangulación cualitativa, considerando diversas fuentes de información: entrevistas, observaciones de campo, documentos normativos y materiales institucionales. Esta triangulación no buscó validar datos en términos numéricos, sino fortalecer la comprensión profunda de los fenómenos analizados, contrastando perspectivas y enriqueciéndolas desde el diálogo entre actores, contextos y saberes.

En este proceso, el análisis no se limitó a describir discursos, sino que buscó comprenderlos en su densidad histórica, cultural y territorial, en sintonía con el enfoque hermenéutico de esta investigación, es decir, la hermenéutica de profundidad. El sentido se construyó a partir de las voces, no sobre ellas.

El registro y análisis de los datos en esta investigación se llevó a cabo mediante un enfoque metodológico riguroso que combina datos cualitativos y cuantitativos para evaluar de manera integral el estado actual de la salud intercultural en las comunidades campesinas de Cusco. Esta estrategia permitió ofrecer una base sólida para la formulación de recomendaciones orientadas a mejorar la implementación de políticas de salud con pertinencia cultural en los gobiernos locales. Con este trabajo, se aspira a contribuir a la construcción de un modelo de salud pública más equitativo y culturalmente relevante, en el que las comunidades campesinas sean reconocidas como actores clave en la definición de sus propias estrategias de bienestar y desarrollo.

Una vez realizada la investigación y sistematizados los resultados para comprender y explicar el fenómeno estudiado, fue necesario definir el método de exposición, o como diría Marx, el camino de regreso (Allebrandt, 2025). Para ello, esta investigación se estructura en seis capítulos.

Esta Introducción (Capítulo 1) presenta el tema de estudio, el planteamiento del problema, la justificación del estudio, los objetivos de la investigación y la relevancia de analizar el

cumplimiento de la Ley de Transparencia en relación con la gestión de la salud intercultural en las comunidades rurales del Cusco. También aborda las opciones epistemológicas y metodológicas, así como los procedimientos y métodos analíticos resultantes, además de identificar los sujetos de investigación.

El Capítulo 2 caracteriza a las comunidades indígenas y campesinas y la importancia de un enfoque intercultural en los estados multinacionales y pluriétnicos.

El Capítulo 3 profundiza las barreras que obstaculizan la implementación del enfoque intercultural en salud no se reducen a cuestiones logísticas o administrativas, sino que responden a estructuras históricas más profundas, entre ellas el racismo, la hegemonía epistémica y las prácticas institucionalizadas de exclusión. En ese sentido, el racismo estructural institucionalizado constituye una barrera clave para una interculturalidad efectiva, ya que subordina los saberes indígenas a epistemologías biomédicas dominantes, negando su legitimidad como sistemas de conocimiento autónomos. Como señala Tubino (2005), este tipo de racismo epistémico opera silenciosamente en los sistemas de salud, consolidando un modelo que privilegia un único paradigma científico y dificulta el diálogo de saberes necesario para una atención realmente intercultural.

El capítulo 4 profundiza en el territorio preinterpretado, analizando las opiniones de actores y agentes y, con base en sus declaraciones, la interpretación inicial del investigador. El capítulo se organiza en cuatro secciones: profesionales de la salud que trabajan en comunidades; miembros de comunidades campesinas (comuneros y comuneras); autoridades comunitarias; y expertos. Cada sección, a su vez, se divide en subsecciones para cada uno de los entrevistados.

El capítulo 5 se centró en encontrar la esencia del fenómeno para explicar la realidad concreta. Organizado en tres secciones, aborda aspectos centrales derivados de la práctica de los profesionales de la salud; las críticas a los servicios de salud por parte de las comunidades campesinas; y el papel del Estado y las organizaciones en la salud intercultural.

El impacto de las políticas públicas en la atención de la salud de las comunidades indígenas es el tema del capítulo 6, organizado en cuatro secciones: estrategias para fortalecer el enfoque intercultural de la salud pública; formación y desarrollo del personal de salud; integración de

los conocimientos ancestrales en el sistema de salud; y propuestas para mejorar la infraestructura y el acceso a la atención médica.

Finalmente, el capítulo 7 presenta las conclusiones de la investigación, ofreciendo un resumen de los resultados y formulando recomendaciones para fortalecer la transparencia en la gestión de salud intercultural en los municipios de la provincia del Cusco.

Este trabajo se alinea con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de la Agenda 2030, especialmente el ODS 3 (Salud y Bienestar), el ODS 10 (Reducción de las Desigualdades), y el ODS 17 (Alianzas para lograr los objetivos), integrando enfoques y estrategias orientadas a garantizar una atención de salud intercultural, equitativa y basada en la corresponsabilidad entre Estado y comunidades originarias

2 PUEBLOS INDÍGENAS: COMUNIDADES CAMPESINAS

La caracterización de los pueblos indígenas se sustenta en una profunda dimensión histórica y cultural, en tanto se trata de comunidades cuyos ancestros habitaron territorios que, tras procesos de colonización, fueron objeto de conquista y subordinación. Sin embargo, a pesar de estas circunstancias históricas, dichas poblaciones han logrado mantener sus instituciones, costumbres y formas de vida, reafirmando así una identidad propia y colectiva que la diferencia del resto de la sociedad nacional y que requiere un enfoque particular en el diseño de políticas públicas inclusivas (Unfpa, 2017).

Las comunidades campesinas, entendido como pueblos indígenas, se caracterizan por tener un idioma o dialecto propio, así como rasgos culturales y sociales distintivos, y comparten la tenencia de un territorio con asentamientos nucleados o dispersos.

En el marco de los debates contemporáneos sobre el reconocimiento de la diversidad cultural en los Estados modernos, autores como Kymlicka han sostenido que la ciudadanía debe repensarse desde una perspectiva que no se limite al igualitarismo formal, sino que reconozca los derechos diferenciados de las minorías culturales como condición para una verdadera inclusión social y política (Kymlicka, 1996).

A lo largo de los años, los derechos territoriales de los indígenas han experimentado cambios significativos. En 1964, se promulgó la ley 15037, conocida como ley de la reforma agraria, que inicialmente consideraba las tierras ocupadas por las tribus de la selva como no afectables y contemplaba la entrega de títulos de propiedad, aunque esto último no se materializó en la práctica, tal como lo indica el Ministerio de Desarrollo Agrario y Riego (Midagri) en el Diagnóstico de la titulación agraria en el Perú:

> En los últimos años el mayor problema de la propiedad agraria ha sido la falta de titulación. En efecto, a partir de la década del 80 se ha venido produciendo un fuerte proceso de parcelación de la tierra agrícola, el mismo que no ha venido acompañado de la respectiva formalización legal de la tenencia de la tierra (Midagri, s.f.).

Posteriormente, en 1974, se reconoció a las comunidades nativas como personas jurídicas y se les otorgó el derecho de propiedad sobre sus tierras, declarándolas imprescriptibles, inalienables e inembargables mediante el Decreto Ley 20653.

El estudio de la situación de los Estados multinacionales, o pluriétnicos, parte de una herramienta metodológica centrada en el interculturalismo, el cual valora y coloca como punto central de los análisis y las relaciones sociales a la interacción y el diálogo entre diferentes culturas. Este enfoque aborda un tipo de estudio comunitarista enfocado en el desarrollo normativo de los derechos colectivos, promoviendo no solo la coexistencia de diversas culturas, sino también su interacción activa y respetuosa. Estos estudios provienen de una tendencia de las ciencias sociales conocida como estudios culturales y, específicamente, interculturalismo. Este término se ha utilizado de manera genérica para referirse al fenómeno creciente de la diversidad cultural (nacional o étnica) que se observa en la mayoría de las sociedades occidentales, destacando la necesidad de establecer relaciones equitativas entre estas culturas dentro del marco social y político.

Los pueblos indígenas han sido históricamente marginados en los procesos de construcción del Estado y en el acceso a derechos fundamentales. Como explica Grosfoguel (2007), la colonialidad del poder ha estructurado la exclusión sistemática de los pueblos indígenas desde la conformación de los Estados-nación latinoamericanos, lo que ha generado relaciones profundamente asimétricas entre culturas. Esta situación resalta la necesidad de establecer relaciones equitativas entre estas culturas dentro del marco social y político.

En este contexto, resulta imprescindible profundizar en el concepto de cultura como categoría central para analizar las relaciones interculturales. Diversos autores han señalado que la forma en que se concibe la cultura condiciona las políticas públicas, los marcos normativos y las estrategias de inclusión o exclusión. En particular, Zárate-Pérez (2014) ofrece un marco explicativo amplio sobre las múltiples definiciones de cultura y su impacto en el desarrollo. Según este autor, hay muchas definiciones de cultura. Afirma, por ejemplo, que Kroeber y Kluckhohn (citados por Kuper, 1999) presentaron una lista de 164 definiciones del concepto de cultura, pero Zárate-Pérez (2014, p. 93) las agrupa en dos conceptos más o menos opuestos:

> La primera, se puede entender como un conjunto de prácticas y experiencias vinculadas a la nacionalidad, la etnicidad, la religión, los modos de vida, el pensamiento y la praxis particular de un grupo humano. […] La segunda concepción es más occidental; cultura es conocimiento y humanidad. en ella no hay fronteras ni límites entre culturas, y asociar una cultura con un estado-nación, con una religión o una lengua es un error, un peligro y algo que obstruye el pensamiento sobre estos fenómenos.

Además, el desarrollo cultural, desde la perspectiva de Zárate-Pérez (2014, p. 93) "pasa por diferentes escalones que están relacionados con los términos intra-, multi-, pluri-, inter-, trans- o supra- culturalidad", prefijos que tienen significados diferentes porque "connotan el establecimiento de diferentes tipos de relaciones entre las culturas". Como explica el autor:

> 1. La intraculturalidad es la primera etapa y está relacionada con el desarrollo endocultural; es decir, el desarrollo interno y autónomo de una cultura. en esta etapa se privilegia el «purismo» cultural como mecanismo de autodesarrollo y autosostenimiento, aunque esto no implica necesariamente un aislamiento cultural. Este periodo es importante porque en este se forma el núcleo cultural (formas de vivir, pensar, actuar y relacionarse). Se caracteriza por una escasa relación entre grupos culturales.
> 2. La concepción de la multiculturalidad, tal como ha sido adoptada en muchos discursos oficiales, se limita a una coexistencia pasiva de culturas, sin interacción real ni transformación de las estructuras de dominación. Catherine Walsh (2008a) advierte que esta forma de comprender la diversidad, propia de los enfoques eurocéntricos, tiende a invisibilizar las desigualdades históricas al asumir una supuesta neutralidad cultural del Estado. Desde esta perspectiva, la multiculturalidad no cuestiona las jerarquías coloniales ni propicia un diálogo horizontal de saberes. Por el contrario, el enfoque intercultural crítico, adoptado en esta investigación, trasciende esta visión estática y apunta a transformar las relaciones de poder entre el Estado y los pueblos indígenas, reconociendo la legitimidad de sus sistemas culturales, médicos y políticos.
> 3. La pluriculturalidad implica la existencia de culturas yuxtapuestas con relaciones de intercambio, pero manteniendo su propia identidad. Cada cultura protege su espacio de acción, sus características y valores propios. Aunque carecen de un marco integrador, la relación entre diferentes culturas en contacto es más frecuente. Los modelos de diversidad cultural como la multiculturalidad o la pluriculturalidad han sido objeto de debate en América Latina. Mientras la multiculturalidad implica una relación jerárquica en la que una cultura tiende a dominar, la pluriculturalidad describe la yuxtaposición de culturas sin necesariamente establecer vínculos transformadores entre ellas. En ambos casos, persisten relaciones asimétricas y no se logra una equidad epistémica. En cambio, el enfoque intercultural crítico (base de este estudio) propone una articulación activa entre culturas desde la equidad, la reciprocidad y el reconocimiento del otro como sujeto pleno. No se trata únicamente de coexistir, sino de reconstruir los vínculos institucionales y sociales que históricamente han excluido a los pueblos indígenas.
> 4. La interculturalidad supone una relación isométrica entre dos o más culturas; es decir, se relacionan y conviven en igualdad de condiciones, con respeto mutuo de sus formas de vivir y pensar. Sin embargo, en la historia de las culturas estas características, en la práctica, suelen ser efímeras o su realización simplemente una utopía, porque rara vez dos culturas conviven en equidad, con el mismo grado de poder, bajo las mismas condiciones y con relaciones armoniosas y pacíficas. la historia lo demuestra. Hoy, la interculturalidad fue reconceptualizada y actualizada, por lo menos, desde dos perspectivas: una dominante, que fue planteada desde «arriba», a través de la cual se utilizan mecanismos de dominación que explicaremos más adelante; y la otra, que reclaman los pueblos originarios en función de sus derechos.
> 5. Finalmente, la transculturalidad es la última etapa de su desarrollo, y ejerce influencia y dominio sobre las otras culturas. las relaciones culturales son de dominación. Una cultura es la que tiene mayor poder y trata de asimilar a las otras. es homogeneizante. esta adquiere su apogeo gracias al ejercicio del poder económico, político y social. Esta etapa se caracteriza por establecer relaciones de desigualdad entre las culturas y se traduce en relaciones de dominación, exclusión e inequidad, es decir, engendran «colonialidad». A esta etapa conocemos como imperialista o más eufemísticamente, «globalización» (Zárate-Pérez, 2014, p. 93-94).

En este sentido, si bien el enfoque multicultural valora la diversidad cultural como componente de las relaciones sociales, sus límites radican en su carácter integrador desde arriba, que no cuestiona las estructuras coloniales ni transforma las relaciones de poder. Este tipo de reconocimiento formal se ha manifestado en políticas estatales que toleran la diferencia sin garantizar condiciones de equidad real. Por ello, esta tesis se adscribe al enfoque intercultural crítico, el cual no solo reconoce la existencia de otras culturas, sino que exige la transformación del Estado monocultural. En el contexto de los servicios públicos, como el de salud, esto implica el reconocimiento efectivo de sistemas médicos tradicionales, lenguas originarias y agentes comunitarios, construyendo una verdadera justicia cognitiva e institucional.

El interculturalismo, como criterio de análisis, busca influir en las políticas públicas actuales y, a través de ellas, transformar una amplia gama de normas e instituciones estatales monoculturales para que no solo reflejen fielmente la diversidad de orígenes y relaciones culturales que sustentan la identidad de los ciudadanos, sino que también fomenten el diálogo y la cooperación entre ellas. Esta intención política surge como una respuesta al rechazo de las políticas asimilacionistas de los Estados que reciben minorías nacionales, o a los procesos de dominación cultural del siglo XX. En el contexto de América Latina, esto incluye la prepotencia de la cultura criolla, que tiende a minimizar o desconocer los derechos de las personas provenientes de otras culturas originarias o de los grupos culturales indígenas como comunidades. El enfoque interculturalista, por tanto, no solo busca reconocer esta diversidad, sino también integrar activamente las voces y saberes de estas culturas en la toma de decisiones y en la construcción de políticas públicas inclusivas.

El concepto de grupo social o grupo cultural resulta vago e impreciso para el caso de los pueblos originarios; la referencia más exacta que han encontrado la historia, la antropología y el derecho es pueblo indígena. Las reivindicaciones políticas y sociales de los pueblos indígenas contra determinadas políticas de exclusión o asimilación se asocian al reconocimiento de identidades culturales distintas y a la garantía de su supervivencia en las sociedades nacionales. Estas reivindicaciones se fundamentan en exigencias de justicia e igualdad entre grupos (pluralismo colectivo).

El proceso usual de toma de decisiones en un Estado democrático liberal, como por ejemplo la regla de la mayoría en elecciones políticas, difícilmente constituye un criterio adecuado para solucionar estas demandas de identidad (autodeterminación, autonomía, personería,

participación, derechos territoriales). Este hecho permite comprender la necesidad de revalorar formas de coordinación interestatal, la relación entre el Estado y la ciudadanía, o la implementación de cuotas electorales para los pueblos indígenas. Además, sugiere la necesidad de reformular el proceso de toma de decisiones públicas hacia modelos más deliberativos o basados en el consenso. Esta reformulación es esencial para abordar de manera efectiva las demandas y necesidades de las comunidades campesinas e indígenas, promoviendo una sociedad más inclusiva y equitativa.

La respuesta a las demandas de los pueblos indígenas, que poseen un componente comunitario, no está relacionada con las soluciones tradicionales que pueden ofrecer los derechos civiles y políticos, económicos, sociales y culturales reconocidos por las constituciones modernas a todos los individuos. Según el jurista catalán Torbisco-Casals (2000, p. 385),

> Los grupos socioculturales formulan sus exigencias en términos de una protección específica comunitaria de sus identidades y tradiciones culturales distintivas, algo que los derechos individuales solo pueden proporcionar de manera ineficaz.

En este sentido, es crucial reconocer que las demandas de los pueblos indígenas van más allá de las garantías individuales estándar, ya que buscan la preservación y protección de su identidad cultural y sus tradiciones colectivas. Estas comunidades no solo desean ser reconocidas como individuos con derechos, sino también como colectivos con una identidad cultural única que necesita protección y promoción para sobrevivir y prosperar en un entorno nacional e internacional que a menudo no toma en cuenta sus particularidades. Para abordar adecuadamente estas exigencias, es necesario desarrollar marcos legales y políticas públicas que vayan más allá del reconocimiento de derechos individuales. Esto implica la creación de mecanismos específicos que aseguren la protección de las identidades y tradiciones culturales de los pueblos indígenas, incluyendo el reconocimiento de sus territorios ancestrales, la protección de sus idiomas y prácticas culturales, y la participación en las decisiones que afectan a sus comunidades. Además, es fundamental que las instituciones estatales y las políticas públicas se adapten para incorporar un enfoque intercultural que respete y valore la diversidad cultural, beneficiando no solo a los pueblos indígenas, sino también enriqueciendo a toda la sociedad al promover la inclusión y la igualdad.

Por lo tanto, la protección de los derechos de los pueblos indígenas requiere un enfoque más integral y específico que el ofrecido por los derechos individuales tradicionales; es necesario

reconocer y valorar sus identidades colectivas y desarrollar políticas que reflejen y respeten esta diversidad, ayudando a preservar las culturas indígenas y contribuyendo a la construcción de sociedades más justas e igualitarias, donde la diversidad cultural se vea como una fortaleza y no como una barrera (Torbisco-Casals, 2000). En el caso de las comunidades, y especialmente de los pueblos indígenas, la relevancia política es aún mayor en sociedades desiguales como la de Perú, que aún no ha conseguido garantizar el acceso a bienes comunes para la mayoría de sus ciudadanos.

Asimismo, el interculturalismo ha recibido una amplia variedad de críticas. Entre estas críticas, se destaca la del filósofo político esloveno Slavoj Žižek, quien argumenta que la instrumentalización ideológica del interculturalismo dentro del sistema capitalista transnacional es una forma de racismo encubierta por el discurso del respeto a la identidad del otro, apreciándola o despreciándola según convenga (Torbisco-Casals, 2000, p. 172). Es decir, se le otorgan derechos como una tendencia liberal, pero en lo esencial, el modelo de opresión ideológica o de restricción de derechos continúa funcionando con una dualidad discursiva. Žižek sugiere que, bajo la apariencia de respeto y reconocimiento de la diversidad, el interculturalismo puede perpetuar estructuras de poder desiguales al mantener una fachada de tolerancia mientras continúa explotando o marginando a las culturas menos dominantes.

Desde una perspectiva eurocentrista y alineada con el *establishment* liberal, Giovanni Sartori critica al interculturalismo, afirmando que "el interculturalismo choca con el principio liberal de pluralismo, fomenta la intolerancia y provoca una separación encubierta en las sociedades liberales, lo cual podría conducir a una balcanización social" (Žižek, 1998, p. 172). Sartori sostiene que, al enfatizar las diferencias culturales y promover políticas que buscan integrar diversas identidades en el ámbito público, el interculturalismo podría erosionar la cohesión social y generar divisiones profundas dentro de las sociedades liberales, en lugar de fomentar una convivencia armónica y plural.

Los pueblos indígenas, buscan separarse de la sociedad mayoritaria para constituir Estados independientes, aunque diversos casos demuestran que esa no ha sido su intención. Finalmente, el filósofo político Martín Farrell (*apud* Sartori, 2001, p. 61) también se suma a la crítica, enfocándose en la contradicción o colisión entre los "derechos colectivos (derechos comunitarios o de grupo) y los derechos individuales o los derechos colectivos de ejercicio

individual", pues es posible que en la práctica estos derechos se contrapongan, volviendo ineficaz a cada uno de ellos.

Desde una perspectiva crítica, se ha sostenido que cuando los derechos fundamentales entran en contradicción en contextos multiculturales, ello puede traducirse en ineficiencias en su ejercicio práctico. Esta situación afecta el reconocimiento y goce efectivo de derechos como la vida, la libertad y la integridad personal, considerados universales e inalienables. En tal sentido, la propuesta apunta hacia la necesidad de que el Estado asuma un rol activo en la construcción de un sistema jurídico y político que integre y respete las diferencias culturales, a fin de garantizar una ciudadanía intercultural y una convivencia democrática más justa e inclusiva (Lazo-Briones, 2010).

Las comunidades nativas, surgidas de grupos tribales de la selva y ceja de selva, se caracterizan por tener un idioma o dialecto propio, rasgos culturales y sociales distintivos, y comparten la tenencia de un territorio con asentamientos nucleados o dispersos. A lo largo de los años, los derechos territoriales de los indígenas amazónicos han experimentado cambios significativos. En 1964, la ley 15037 consideraba las tierras ocupadas por las tribus de la selva como no afectables y contemplaba la entrega de títulos de propiedad, aunque esto no se materializó. En 1974, mediante el Decreto Ley 20653, se reconoció a las comunidades nativas como personas jurídicas y se les otorgó el derecho de propiedad sobre sus tierras, declarándolas imprescriptibles, inalienables e inembargables.

El estudio de la situación de los Estados multinacionales o pluriétnicos se centra en el interculturalismo, que valora la interacción y el diálogo entre diversas culturas. Este enfoque comunitarista, enfocado en los derechos colectivos, proviene de los Estudios Culturales y del Interculturalismo. La diversidad cultural surge de conflictos etnoculturales, migraciones, colonización y la existencia de comunidades campesinas e indígenas en Latinoamérica que no se representan adecuadamente en las estructuras de poder. Estos conflictos son más visibles en las sociedades democráticas occidentales, donde la identidad trasciende la pluralidad liberal.

El interculturalismo valora no solo la diversidad cultural, sino también la necesidad de construir puentes entre las culturas, buscando influir en políticas públicas que no solo reflejen la diversidad de orígenes y relaciones culturales, sino que también promuevan un diálogo activo y equitativo entre ellas. En América Latina, esto incluye enfrentar la prepotencia de la cultura

criolla y reconocer los derechos de las comunidades culturales indígenas. Las reivindicaciones de estas comunidades se fundamentan en la justicia e igualdad entre grupos, superando los límites de los derechos individuales tradicionales.

El proceso de toma de decisiones en Estados democráticos liberales a menudo no aborda adecuadamente las demandas de identidad y derechos territoriales de las comunidades campesinas e indígenas. Es necesario revalorar la coordinación interestatal, implementar cuotas electorales para estas comunidades y reformular el proceso de toma de decisiones públicas hacia modelos más deliberativos o basados en el consenso. Según Torbisco-Casals (2000), los derechos individuales son insuficientes para proteger las identidades y tradiciones culturales de estas comunidades. Es crucial desarrollar marcos legales y políticas públicas que reconozcan y protejan sus identidades colectivas, sus territorios ancestrales y su participación en decisiones que les afectan.

La protección de los derechos de estas comunidades requiere un enfoque integral y específico, más allá de los derechos individuales tradicionales. Esto implica un enfoque intercultural en las instituciones estatales y políticas públicas, promoviendo la inclusión y la igualdad. La relevancia política de estas comunidades es aún mayor en sociedades desiguales como Perú, donde el acceso a bienes comunes no está garantizado para la mayoría.

Žižek (1998) sostiene que el interculturalismo en el sistema capitalista transnacional puede ser una forma de racismo encubierta por el respeto superficial a la identidad del otro. Sartori (2001) critica el interculturalismo por chocar con el pluralismo liberal.

Los derechos en salud de las comunidades campesinas están estrechamente ligados a sus conocimientos y su identidad cultural, y deben ser respetados y reconocidos por todas las autoridades, personal de salud y funcionarios públicos, de acuerdo con la normativa internacional y nacional. Estos derechos incluyen el respeto a la identidad cultural, la gratuidad del certificado de nacimiento, el acceso a atención gratuita por el Sistema Integral de Salud (SIS), la información en su idioma y el reconocimiento de su saber en medicina tradicional, entre otros. Es crucial que estas prácticas se enmarquen en un enfoque intercultural, que promueva un diálogo entre el conocimiento médico tradicional y la medicina moderna, asegurando que las políticas de salud respeten y valoren la diversidad cultural.

Asimismo, estas comunidades también tienen deberes en salud, como conocer su identidad cultural, llevar estilos de vida saludables, vacunar a sus hijos e hijas y participar en las actividades de los establecimientos de salud. Este enfoque intercultural implica no solo un reconocimiento pasivo de sus derechos, sino también un compromiso activo de las comunidades para integrar sus prácticas culturales con las políticas de salud, en un marco de respeto mutuo y colaboración.

El Constitucionalismo Intercultural permite examinar la respuesta a las demandas de las comunidades campesinas que van más allá del simple ejercicio de los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales reconocidos por las Constituciones modernas para todos los individuos. Estas comunidades plantean sus demandas en términos de una protección específica comunitaria de sus identidades y tradiciones culturales distintivas (como identidad común, territorios, consulta previa, territorio indígena, etc.), algo que los derechos individuales no pueden proporcionar de manera eficaz. Este enfoque intercultural en el ámbito constitucional se centra en la necesidad de adaptar las normas jurídicas para que no solo respeten, sino que también integren las diversas culturas presentes en un Estado, promoviendo un diálogo entre ellas y reconociendo sus aportes únicos.

Este enfoque constitucional se materializó en varias reformas realizadas durante las décadas de los ochenta y noventa en la región latinoamericana, donde se reconoció la importancia de proteger y promover las identidades culturales de las comunidades indígenas y campesinas.

3 SERVICIO PÚBLICO DE SALUD CON ENFOQUE INTERCULTURAL

La interculturalidad en salud ha sido abordada en América Latina desde diferentes perspectivas. En el caso peruano, la política pública ha adoptado una visión reducida y operativa del enfoque intercultural, enfocada principalmente en poblaciones indígenas amazónicas y altoandinas. Sin embargo, esta aproximación tiende a restringirse a aspectos simbólicos o asistenciales, sin transformar las estructuras institucionales del sistema de salud. Como señala Walsh (2008, p. 112), "el enfoque intercultural crítico en salud no se limita a la traducción lingüística o a la adecuación superficial de prácticas médicas, sino que implica un proceso de transformación de las relaciones de poder en los servicios". Desde esta mirada, el reconocimiento de la diversidad cultural en salud debe orientarse hacia una justicia epistémica, institucional y cognitiva, que cuestione el monoculturalismo estatal y promueva relaciones horizontales entre saberes médicos.

En este sentido, limitar la interculturalidad únicamente a comunidades indígenas invisibiliza la diversidad real existente en el país. La exclusión de otras poblaciones culturalmente diferenciadas como los inmigrantes (japoneses, chinos, judíos, árabes), las comunidades afroperuanas o los grupos religiosos (budistas, musulmanes, mahikari etc.) empobrece las políticas públicas y desperdicia la oportunidad de construir un modelo de salud intercultural más inclusivo. Esta tesis, por tanto, profundiza en el debate sobre los servicios de salud con enfoque intercultural desde una perspectiva crítica, reconociendo las múltiples formas de diversidad y proponiendo una transformación estructural del modelo sanitario.

La implementación por parte del Estado peruano de una política dirigida a construir la salud intercultural en regiones con una población mayoritaria indígena refleja las características de los modelos de desarrollo establecidos por los paradigmas de las políticas sociales (Franco, 1996.

Cada comunidad tiene su propia visión de la salud y la enfermedad, así como un conjunto de conocimientos, prácticas, recursos y terapeutas que conforman su sistema de salud. En el contexto peruano, coexisten un sistema biomédico occidental predominante en los servicios de salud públicos y privados, y una variedad de sistemas de salud indígenas, nativos o tradicionales, que operan de manera paralela y a menudo satisfacen las necesidades de salud de la población más desfavorecida.

En toda sociedad moderna existe algún grado de intervención estatal en la economía. Sin embargo, toda política pública debe diseñarse teniendo como principio orientador que las medidas a implementarse deben fundarse en mantener o incrementar la libertad de elegir de las personas, lo cual implica que no se debe constreñir la libertad de elegir. En ese entender, la planificación estratégica es una técnica de intervención pública compatible con la economía de mercado, la cual presupone la adopción de ciertas medidas por parte del poder estatal, sin embargo, dicho accionar no debe implicar intromisión alguna. De ahí que resulta trascendente que las actividades estatales sean compatibles con el funcionamiento del libre mercado, que acompañen su desarrollo y fortalecimiento, pero que no se obstaculice ni se pongan trabas (Pacheco, 2020).

El personal de salud sin formación en salud intercultural suele mostrar actitudes de desprecio, desconfianza o subestimación hacia las prácticas ancestrales de los pueblos indígenas en relación con el cuidado de su salud, a pesar de ser parte integral de su identidad cultural. Además, este personal, formado en diferentes lugares y con diversas influencias culturales, tiende a influirse mutuamente, creyendo erróneamente que moldean a las comunidades cuando en realidad existe una interacción bidireccional.

En este contexto, la interculturalidad en salud implica desarrollar estrategias conjuntas para abordar la salud desde la diversidad étnica y cultural del país, reconociendo los derechos ciudadanos y promoviendo la equidad económica, cultural y política para evitar la discriminación de los pueblos indígenas, tanto amazónicos como andinos, considerados marginados y excluidos.

En este contexto, las políticas públicas dirigidas a los pueblos indígenas han promovido históricamente la asimilación y subordinación de sus culturas a la dominante. Un ejemplo destacado es la política educativa de castellanización, que ha sido aplicada durante décadas y persiste en muchas regiones. Este enfoque parte de la premisa de que la integración en la sociedad mayoritaria es el único futuro viable para algunas culturas. En el ámbito de la salud, un ejemplo de prácticas inadecuadas es la intervención en el parto vertical, que busca despojarlo de su significado cultural. Además, ha existido una política de negación que se manifiesta en subestimar, ignorar y excluir a los pueblos indígenas de los beneficios de las políticas públicas. A lo largo del siglo 20 y hasta la actualidad, estas dos tendencias han prevalecido y coexistido en los servicios públicos del Estado.

Observemos cómo, desde 2011, el Estado ha implementado una serie de políticas dirigidas a reducir la pobreza, enfocándose principalmente en los sectores rurales. Sin embargo, a pesar de la existencia de numerosos estudios que demuestran una relación directa entre la pobreza y la pertenencia étnica (Benavides; Mena; Ponce, 2010), solo recientemente, la condición étnica ha comenzado a ser una preocupación en la determinación del registro de beneficiarios de los programas sociales (Perú, 2014).

Aunque el enfoque intercultural en salud es considerado parte del derecho a la salud y es demandado por los pueblos indígenas, que representan una porción significativa de la sociedad, esta perspectiva no es necesariamente compartida por la mayoría de los funcionarios públicos del Sector Salud. En el siguiente apartado se realiza un recuento de las principales normas y políticas aprobadas por el Estado peruano en el ámbito de la salud a favor de los pueblos indígenas, y se analiza lo avanzado en términos de reconocimiento y protección.

Corresponde al Estado garantizar que la prestación de servicios de salud en los establecimientos, programas y servicios públicos respete la diversidad cultural de las poblaciones indígenas. El Ministerio de Salud ha promovido en algunos documentos normativos la interculturalidad como una relación respetuosa, simétrica y sin imposiciones hacia los grupos culturalmente distintos en Perú. Asimismo, se aprobaron normas para establecer los servicios de salud para la atención del parto vertical, la transversalización del enfoque de género, interculturalidad y derechos en salud, así como guías de salud específicas, como las de salud reproductiva con enfoque intercultural y la de protección, relacionamiento y atención de pueblos indígenas en aislamiento voluntario o contacto inicial.

No obstante, la carencia de apoyo presupuestario y de recursos humanos, así como la dispersión de las iniciativas dentro de la estructura institucional, obstaculizó el progreso en la promoción de la salud intercultural, especialmente en lo que respecta a los programas de capacitación del personal técnico y la promoción de la salud. Asimismo, la Ley General de Salud, aprobada en julio de 1997, no incluye referencias al tratamiento especial que deben recibir los pueblos indígenas. Esta omisión, junto con la falta de una política pública de salud intercultural, ha contribuido a la escasa implementación del enfoque intercultural en el Sector Salud, lo cual ha afectado la adecuada prestación de servicios de salud a las poblaciones indígenas del Perú y ha ignorado la medicina tradicional practicada en los Andes peruanos.

En este contexto, es crucial que el Estado promueva un enfoque de servicio con pertinencia cultural, basado en una construcción dialogada y consensuada de manera bidireccional entre el personal de salud y los usuarios indígenas. Este enfoque requiere mecanismos de diálogo que permitan a los usuarios expresar sus creencias culturales y necesidades, para que estas sean consideradas en los servicios de salud que reciben.

Los servicios de salud deben integrar el enfoque intercultural en su prestación y gestión, teniendo en cuenta las características culturales de la población nativa y fomentando la participación de la comunidad en la planificación y diseño de proyectos de salud. Además, se deben promover prácticas saludables de prevención de enfermedades y abordar la salud a nivel familiar y comunitario.

La interculturalidad en los servicios de salud se justifica como una estrategia para articular sistemas médicos en un mismo territorio y responder a la diversidad multiétnica y cultural con sus propias perspectivas sobre la salud y la enfermedad. Este enfoque permite valorar la medicina tradicional y evaluar su impacto en la población, empoderando a las comunidades nativas en sus derechos a la salud y promoviendo el respeto por sus prácticas y conocimientos ancestrales. Asimismo, facilita una relación participativa entre el personal de salud y la población, fortaleciendo los lazos y mejorando las prácticas de salud consensuadas con la comunidad.

Para lograr que los servicios de salud adopten un enfoque intercultural, es esencial promover el diálogo entre el personal de salud y la población de las comunidades nativas, así como fortalecer las capacidades del personal en salud intercultural y garantizar la participación activa de la comunidad en la planificación y programación de los servicios de salud.

Es crucial que los establecimientos de salud cuenten con recursos humanos capacitados en salud intercultural y que la planificación y el presupuesto se elaboren con la participación de la comunidad. Además, es necesario adaptar la infraestructura, el equipamiento y el mobiliario de los establecimientos de salud para incorporar el enfoque intercultural en la atención, garantizando la confidencialidad y la privacidad, y promoviendo la participación de la comunidad en su diseño y uso.

La salud intercultural es un enfoque que busca integrar conocimientos, prácticas y perspectivas tanto de la medicina occidental como de las medicinas tradicionales, respetando las identidades culturales, los valores, las cosmovisiones y los derechos de las comunidades. En Perú, este enfoque cobra particular relevancia en las comunidades campesinas y pueblos indígenas, que cuentan con sistemas de salud propios y concepciones sobre el bienestar que difieren significativamente del modelo biomédico predominante (Garcia, 2021).

Perú es un país con una diversidad cultural, étnica y lingüística excepcional. De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), alrededor del 25% de la población se identifica como indígena, lo que incluye a los pueblos Quechua, Aymara, Asháninka, Awajún, Shipibo-Conibo, entre otros. En estas comunidades campesinas e indígenas, la salud no se percibe únicamente como la ausencia de enfermedad, sino como un estado de equilibrio integral que engloba el cuerpo, el espíritu, la comunidad y la naturaleza. Este enfoque holístico contrasta con el modelo biomédico que predomina en el sistema de salud oficial peruano (Defensoría del Pueblo, 2018).

En muchas comunidades campesinas e indígenas del Perú, la salud se concibe como un equilibrio armónico entre el individuo, la comunidad y el entorno natural. La cosmovisión andina, por ejemplo, contempla que el bienestar depende de la armonía entre tres dimensiones: el “Uju Pacha” (mundo interior o subterráneo), el “Kay Pacha” (mundo terrenal) y el “Hanan Pacha” (mundo superior o celestial). Las enfermedades pueden ser interpretadas como desequilibrios en estas relaciones, influenciados por factores como el comportamiento individual, las relaciones sociales y la conexión con la Pachamama (Madre Tierra).

Las comunidades campesinas organizan su vida en armonía con la Pachamama, no desde una perspectiva utilitaria o instrumental, sino desde una lógica relacional profundamente ontológica. En efecto, la naturaleza no es vista como un recurso explotable, sino como un sujeto de vínculo, reciprocidad y respeto, fundamento de toda forma de vida y de salud integral. En esa misma línea, RengifoVásquez (2006) sostiene que la relación de las comunidades andinas con la naturaleza se basa en una visión ontológica, en la que la Pachamama es entendida como un sujeto de vínculo y reciprocidad, lo que exige repensar las prácticas de salud desde una comprensión holística del mundo.

Para los pueblos indígenas amazónicos, como los Shipibo-Conibo o los Asháninka, la salud está profundamente vinculada con su entorno natural. La selva no solo es una fuente de alimento, sino también de plantas medicinales y de poder espiritual. Los "curanderos" o "shamanes" desempeñan un papel fundamental en la salud comunitaria, utilizando conocimientos ancestrales para tratar enfermedades físicas, emocionales y espirituales, a menudo mediante rituales y prácticas que integran la medicina y la espiritualidad (Schules, 1981).

La medicina tradicional en las comunidades campesinas e indígenas abarca una variedad de prácticas, conocimientos y saberes transmitidos de generación en generación. Entre estas prácticas se incluyen el uso de plantas medicinales, rituales espirituales, terapias manuales, masajes y dietas específicas (Schules, 1981). En los pueblos andinos, las "curanderas" y "parteras" desempeñan roles cruciales en el ámbito de la salud. Por ejemplo, las "parteras tradicionales" son fundamentales en la atención del embarazo, parto y puerperio en muchas zonas rurales donde el acceso a los servicios de salud es limitado. Según el antropólogo (Palomino, 2019), aproximadamente el 60% de los partos en áreas rurales andinas son atendidos por parteras tradicionales. En las comunidades amazónicas, los chamanes tienen un papel preponderante como guardianes del conocimiento ancestral. Utilizan plantas maestras, como la Ayahuasca o el Tabaco, para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades. Según el etnobotánico Richard Schules (1981), las plantas medicinales amazónicas representan uno de los sistemas farmacológicos más complejos y desarrollados del mundo, con miles de especies utilizadas para una amplia variedad de afecciones.

A pesar de la riqueza de conocimientos y prácticas en medicina tradicional, existen numerosos desafíos para integrar estos enfoques en el sistema de salud oficial de Perú. Uno de los principales desafíos es la falta de reconocimiento institucional. Aunque la Ley N° 29785 (Ley del Derecho a la Consulta Previa a los Pueblos Indígenas u Originarios) reconoce el derecho de los pueblos indígenas a ser consultados sobre decisiones que afectan sus territorios, la implementación de políticas de salud intercultural sigue siendo limitada. Muchos profesionales de la salud desconocen o subestiman la importancia de los saberes tradicionales, lo que crea barreras para una atención verdaderamente intercultural (Defensoría del Pueblo, 2018). Además, el idioma es una barrera significativa en muchas regiones de Perú, donde se hablan más de 47 lenguas indígenas. La falta de personal de salud bilingüe y culturalmente competente impide una comunicación efectiva con los pacientes, lo que puede llevar a diagnósticos erróneos

y tratamientos inapropiados. La falta de intérpretes y materiales educativos en lenguas indígenas limita el acceso equitativo a los servicios de salud, según diversos estudios (Garcés, 2015).

El acceso a los recursos y servicios de salud también presenta grandes desafíos. En las zonas rurales e indígenas, la infraestructura de salud es deficiente, con falta de personal capacitado, medicamentos e instalaciones adecuadas. Este problema se agrava debido a las largas distancias y al difícil acceso geográfico a muchos de estos lugares. De acuerdo con informes de la Defensoría del Pueblo, el 70% de los establecimientos de salud en áreas rurales carecen de servicios básicos como agua potable y electricidad, lo que afecta directamente la calidad de la atención que pueden ofrecer.

Ante estos desafíos, se han desarrollado diversas iniciativas y propuestas para mejorar la salud intercultural en Perú. En términos de políticas públicas y marcos normativos, el Ministerio de Salud ha implementado varias estrategias para promover la salud intercultural, como la "Estrategia Sanitaria Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas", que busca articular la medicina tradicional con los servicios de salud convencionales. También se han realizado esfuerzos para capacitar al personal de salud en enfoques interculturales y desarrollar protocolos de atención que respeten las prácticas tradicionales (Garcia, 2021). La capacitación del personal de salud en competencias interculturales es crucial, y abarca no solo el aprendizaje de lenguas indígenas, sino también la comprensión de las cosmovisiones, prácticas y valores de las comunidades (Palomino, 2019).

Programas de formación como los desarrollados por la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y la Universidad Nacional Intercultural de la Amazonía buscan integrar estos enfoques en la educación de futuros profesionales de salud (Valdez, 2020).

Además, existen iniciativas para fortalecer el rol de la medicina tradicional dentro de las comunidades, tales como el reconocimiento oficial de las "parteras tradicionales" y "curanderos". Algunas ONG y organizaciones comunitarias promueven el intercambio de saberes entre médicos occidentales y sanadores tradicionales, fomentando una práctica de salud colaborativa y respetuosa. Estas iniciativas son esenciales para construir un modelo de atención de salud que respete la diversidad cultural y las prácticas ancestrales de los pueblos indígenas.

La experiencia de salud intercultural en Puno es un ejemplo significativo. En esta región, se ha implementado un modelo de salud intercultural en los centros de salud de Chucuito y Acora. Este modelo incluye la presencia de parteras tradicionales en los establecimientos de salud, el uso de plantas medicinales en complementación con medicamentos modernos y la realización de rituales de sanación. Los resultados han mostrado una mejora notable en la confianza de la comunidad hacia los servicios de salud y en los indicadores de salud materna e infantil. De manera similar, en la región amazónica de San Martín, el Centro de Salud Intercultural Kechwa-Lamas ha integrado prácticas de la medicina occidental con conocimientos tradicionales Kechwa. El centro ofrece terapias con plantas medicinales, consultas con chamanes y servicios de salud convencionales. Esta integración ha llevado a una mayor aceptación de los servicios de salud por parte de la población local y ha reducido las tasas de enfermedades transmisibles.

La salud intercultural en las comunidades campesinas e indígenas de Perú representa una oportunidad única para integrar conocimientos y prácticas diversas en beneficio de la población rural e indígena. Para avanzar en esta dirección, es fundamental promover políticas públicas inclusivas, mejorar la capacitación intercultural del personal de salud, garantizar la participación de las comunidades en la toma de decisiones y fortalecer el rol de la medicina tradicional. El respeto por la diversidad cultural y el reconocimiento de los derechos de los pueblos indígenas son esenciales para lograr una atención de salud equitativa y de calidad en el país (Garcia, 2021).

En este contexto, es necesario subrayar que la integración de la medicina tradicional y la medicina occidental no debe verse como una mera coexistencia de saberes, sino como una oportunidad de enriquecimiento mutuo que permita ofrecer una atención más humana, accesible y efectiva. Reconocer el valor de las prácticas tradicionales y fomentar un diálogo respetuoso entre los diferentes sistemas de salud puede contribuir a mejorar no solo los indicadores de salud, sino también a fortalecer el tejido social y cultural de las comunidades campesinas e indígenas, promoviendo un desarrollo más justo y sostenible para todos los peruanos (Garcia, 2021).

Es vital que los esfuerzos para implementar un enfoque de salud intercultural incluyan un diálogo constante con las comunidades, respetando sus decisiones y prioridades en cuanto a su salud y bienestar. Asimismo, debe fortalecerse el marco legal y normativo para proteger los derechos de los pueblos indígenas y garantizar su participación en la planificación,

implementación y evaluación de las políticas de salud (Valdez, 2020). Solo de esta manera se podrá avanzar hacia un modelo de atención de salud que no solo sea inclusivo, sino que también sea justo, equitativo y respetuoso con la diversidad cultural que caracteriza al Perú.

3.1 EVALUACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD EN COMUNIDADES CAMPESINAS

Evaluar el servicio de salud en comunidades campesinas exige más que un diagnóstico técnico sobre infraestructura o cobertura; implica comprender la interacción entre un sistema de atención sanitaria construido sobre bases occidentales y una población cuya cosmovisión y organización comunitaria responde a formas propias de entender la salud, la enfermedad y el cuerpo. En el caso de las comunidades campesinas del Perú, la distancia entre el modelo oficial de salud y las realidades culturales locales constituye uno de los principales factores de exclusión y desigualdad en el acceso efectivo a la salud.

Las limitaciones estructurales que enfrentan estas comunidades son evidentes. En muchas regiones altoandinas, los establecimientos de salud están geográficamente distantes, a varias horas de caminata de los hogares, sin medios de transporte adecuados ni vías accesibles durante todo el año. Esta distancia física se traduce en una brecha concreta en la atención: hay mujeres que no logran llegar a sus controles prenatales, niños que no completan su calendario de vacunación, personas mayores que mueren sin diagnóstico ni tratamiento. Pero esta distancia no es solo territorial; es también simbólica. El sistema de salud se presenta con una lógica centralista, tecnificada y jerárquica, poco sensible a los conocimientos ancestrales, las prácticas comunitarias y los idiomas originarios. De allí que, aunque el Estado declare una intención de universalizar el acceso, el resultado real sea una atención muchas veces percibida como ajena, vertical y desconectada de las necesidades reales de la población.

Uno de los desafíos más significativos en la implementación del enfoque intercultural en la salud en las comunidades campesinas es la falta de integración de saberes ancestrales en el sistema de salud oficial. A pesar de que las políticas y normativas vigentes han establecido principios para la atención con pertinencia cultural, en la práctica, el sistema de salud occidental sigue funcionando de manera vertical y tecnificada. Según la Directiva Administrativa, los servicios de salud deben ser brindados con pertinencia cultural, reconociendo las cosmovisiones de los pueblos indígenas, para mejorar la efectividad de las intervenciones médicas (Perú,

2016). Esto es fundamental para reducir las brechas en el acceso y mejorar la percepción de los usuarios sobre la calidad del servicio.

Un aspecto crítico en esta evaluación es la calidad del trato. Diversas investigaciones coinciden en que las personas campesinas experimentan formas directas o veladas de discriminación en los servicios de salud. Desde expresiones verbales que minimizan sus costumbres, hasta actitudes impacientes cuando no comprenden el castellano o no saben explicar "con claridad" sus síntomas, estas situaciones deterioran el vínculo entre el personal de salud y la comunidad. Tal vínculo, que debería basarse en la confianza y el cuidado, se debilita por una falta de empatía institucional que se reproduce tanto por carencias en la formación profesional como por la ausencia de políticas de acompañamiento cultural en la atención. La medicina oficial no solo tiende a ignorar la medicina tradicional, sino que la subordina o patologiza. En ese marco, parteras, curanderos, sabios locales o el uso de plantas medicinales son tolerados en el mejor de los casos, pero raramente son integrados al proceso de atención como actores válidos o saberes legítimos.

Esta relación desigual genera una percepción negativa del servicio de salud entre las comunidades campesinas. Los testimonios recabados en el trabajo de campo revelan un sentimiento generalizado de desconfianza hacia los establecimientos médicos. Las personas acuden solo en situaciones de urgencia, y muchas veces lo hacen con temor de ser regañadas, ignoradas o maltratadas. La consulta médica, en lugar de ser un espacio de cuidado, se convierte en una instancia de tensión donde el paciente no se siente escuchado, comprendido ni valorado en su dignidad. Por esta razón, muchas familias recurren primero a la medicina tradicional y solo después, si esta no funciona, acuden al sistema oficial. No se trata de un rechazo irracional a la medicina moderna, sino de una respuesta lógica frente a un sistema que históricamente ha invisibilizado su identidad y sus saberes.

Cabe señalar que este distanciamiento no es producto del desinterés individual de los profesionales de salud, sino de una estructura institucional que no ha logrado implementar verdaderamente el enfoque intercultural. La formación académica en salud sigue siendo profundamente biomédica, con escasa o nula atención a la dimensión cultural del cuidado. Los planes de estudio no incluyen asignaturas sobre historia de los pueblos originarios, derechos colectivos o cosmovisiones indígenas. Tampoco se enseña que el idioma no es solo una herramienta de comunicación, sino un vehículo de comprensión del mundo. Así, el profesional

de salud llega a las comunidades con una preparación técnica adecuada, pero sin herramientas culturales para interpretar lo que sucede frente a él o ella.

El Estado, por su parte, ha generado normativas que reconocen la necesidad de una atención con pertinencia cultural, como los Lineamientos de Política Sectorial de Salud Intercultural, pero su implementación es fragmentada y débil. No existe un mecanismo real de evaluación del cumplimiento de este enfoque en los establecimientos de salud, ni una asignación presupuestal diferenciada que permita adaptar los servicios a la realidad local. En muchos casos, los lineamientos quedan reducidos a la realización de ferias interculturales o a la colocación de carteles bilingües, sin que ello transforme de fondo la lógica de atención ni el diseño de las intervenciones sanitarias. La atención a la salud sigue siendo estandarizada, con metas y protocolos que responden a realidades urbanas y que ignoran las condiciones sociales, económicas y culturales del mundo campesino.

> *Yo he visto los documentos. En el 2016 nos mandaron un taller sobre el decreto, y ahí quedó. No hay seguimiento. Nadie viene a ver si se está cumpliendo. Y la verdad, muchos colegas no saben cómo aplicar eso en la atención real. Tenemos los mismos formularios, los mismos protocolos. Entonces, sí, la norma está en papel, pero en la práctica seguimos haciendo lo mismo de siempre (E1 – Obstetra rural).*

Este testimonio refleja con claridad cómo las normas que promueven el enfoque intercultural quedan muchas veces limitadas al plano formal. La falta de seguimiento institucional, capacitación adecuada y mecanismos de control convierte la normativa en un referente simbólico, pero sin capacidad transformadora real en la dinámica asistencial. La desconexión entre lo normativo y lo operativo no solo reproduce prácticas estandarizadas, sino que perpetúa la exclusión cultural dentro del sistema de salud.

Todo esto tiene consecuencias directas en los indicadores de salud. El acceso tardío al control prenatal, las altas tasas de anemia infantil, la automedicación sin supervisión y el uso paralelo de sistemas terapéuticos no articulados generan un círculo de vulnerabilidad que no puede ser resuelto sin una mirada intercultural profunda. Evaluar el servicio de salud desde esta perspectiva no es solo una cuestión de justicia social, sino también de eficacia en las políticas públicas. Un sistema que no dialoga con los pueblos, que no escucha sus voces ni incorpora sus conocimientos, está destinado a fracasar en su promesa de universalidad.

En conclusión, la evaluación del servicio de salud en comunidades campesinas revela una brecha múltiple y persistente entre lo que el sistema ofrece y lo que las personas necesitan. No se trata simplemente de ampliar la cobertura o mejorar la infraestructura, aunque ambos son necesarios. Se trata de transformar la lógica de atención desde una perspectiva que reconozca la diversidad cultural como una riqueza, no como un obstáculo. Solo así se podrá construir un sistema de salud verdaderamente inclusivo, donde la ciencia y los saberes ancestrales dialoguen en condiciones de respeto y complementariedad, y donde cada persona, sin importar su origen, sea atendida con dignidad, empatía y pertinencia.

3.2 PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES DE SALUD SOBRE LA INTERCULTURALIDAD

La percepción que los profesionales de salud tienen respecto a la interculturalidad constituye una pieza clave para entender por qué, a pesar de los esfuerzos normativos y discursivos, este enfoque no logra consolidarse en la práctica cotidiana de atención en comunidades campesinas. Las representaciones, creencias y actitudes que posee el personal de salud sobre los saberes ancestrales, las costumbres locales y el concepto mismo de interculturalidad, configuran el modo en que se vinculan con los pacientes provenientes de contextos culturales distintos al hegemónico. En este sentido, comprender cómo los profesionales interpretan, aceptan, rechazan o resignifican la interculturalidad permite develar las tensiones que existen entre los discursos institucionales y la realidad concreta del servicio de salud en territorios rurales.

El sistema de formación médica en el Perú como en muchos países de América Latina se estructura sobre un paradigma biomédico de corte occidental, que concibe la enfermedad como una alteración física, biológica o funcional, susceptible de ser objetivada, diagnosticada y tratada a través de protocolos estandarizados. Desde esta lógica, el profesional es formado para aplicar conocimientos científicos basados en evidencia cuantificable, sin un entrenamiento sistemático que lo prepare para comprender los aspectos simbólicos, espirituales o culturales que intervienen en la experiencia de la enfermedad. Este modelo educativo, altamente tecnificado, deja escaso margen para el cuestionamiento de los saberes hegemónicos o para el reconocimiento de otras formas de conocimiento válidas dentro de su ejercicio profesional.

Los profesionales de salud enfrentan diversas barreras culturales cuando interactúan con comunidades campesinas e indígenas, principalmente debido a la falta de formación en

enfoques interculturales. Según la Directiva Administrativa (Perú, 2016), la formación del personal de salud en interculturalidad es esencial para superar las barreras comunicacionales y promover una atención que valore tanto los saberes tradicionales como los científicos. Esta formación debería ser parte integral de los programas académicos y de capacitación continua, a fin de brindar una atención equitativa y culturalmente pertinente.

A lo largo de las entrevistas realizadas, fue evidente que muchos profesionales de salud perciben la interculturalidad como una noción lejana, poco clara o incluso irrelevante para su labor cotidiana. Algunos la relacionan exclusivamente con el uso de lenguas originarias en la atención, otros con la necesidad de **tolerar** ciertas creencias o prácticas **poco científicas**, y unos cuantos, con la inclusión simbólica de agentes tradicionales, como parteras o curanderos, siempre y cuando no interfieran en el tratamiento médico prescrito. Esta percepción parcial y limitada demuestra que el enfoque intercultural no ha sido adecuadamente internalizado, ni como parte del ethos profesional ni como un derecho del paciente. Más aún, cuando se solicita a los profesionales que ejemplifiquen una atención intercultural, la mayoría refiere experiencias puntuales, improvisadas o desvinculadas de lineamientos institucionales concretos, lo que revela la ausencia de un marco real de implementación en los servicios de salud.

No obstante, también existen diferencias importantes entre profesionales según su trayectoria, su tiempo de servicio en zonas rurales y su contacto previo con comunidades originarias. Aquellos que han trabajado por periodos más largos en contextos rurales muestran una mayor sensibilidad hacia la diversidad cultural, y relatan procesos de aprendizaje mutuo con las comunidades que los han llevado a modificar ciertas prácticas o actitudes. Esta transformación suele darse no por formación académica, sino por experiencias vivenciales, por el vínculo que establecen con las personas y por la necesidad de adaptarse a las dinámicas locales para poder ejercer su labor. Se trata, entonces, de una interculturalidad aprendida desde la práctica, en el terreno, y no desde el currículo formal. Esta diferencia pone en evidencia que la disposición a trabajar desde un enfoque intercultural no depende exclusivamente del conocimiento teórico, sino también de la capacidad de escucha, humildad y sensibilidad social que cada profesional desarrolla a lo largo de su experiencia. Esta afirmación se ve reflejada en el testimonio del médico E2, quien cuenta con nueve años de experiencia en centros de salud rurales en la provincia de Chumbivilcas:

> El decreto existe, sí. Lo hemos leído, incluso hicimos un taller hace un par de años, pero en el día a día no cambia mucho. Seguimos usando los mismos protocolos, las mismas formas de atención, los mismos formularios. La interculturalidad queda como algo más simbólico, decorativo. No hay procedimientos adaptados, ni infraestructura adecuada, ni personal que domine el idioma local (E2, médico general, 40 años).

Como señala E2, la atención en salud sigue marcada por una lógica homogénea que impide aplicar enfoques culturalmente pertinentes. A esto se suma la ausencia de personal bilingüe, la sobrecarga de pacientes y la falta de formación intercultural en la etapa universitaria. Su testimonio permite ilustrar la distancia entre el marco legal y la realidad operativa de los establecimientos del primer nivel, y refuerza la idea de que la transformación institucional es indispensable para que la interculturalidad deje de ser un ideal simbólico y se convierta en una práctica concreta y sostenida.

Sin embargo, esta apertura individual muchas veces se ve limitada por las condiciones estructurales del propio sistema. Los profesionales entrevistados señalan que, aun teniendo disposición para incorporar elementos del saber ancestral o para dialogar con agentes tradicionales, el tiempo asignado a las consultas es sumamente reducido, las metas institucionales son rígidas y las directivas no permiten flexibilizar los protocolos para adaptarse a la diversidad de cada paciente. A esto se suma que muchos establecimientos de salud carecen de intérpretes, espacios físicos adecuados o personal de apoyo comunitario, lo que dificulta aún más cualquier intento por aplicar una atención con pertinencia cultural. En este contexto, la interculturalidad se convierte, para muchos, en una carga más que deben asumir sin herramientas suficientes, lo cual genera frustración y desmotivación.

Además, en los discursos de varios profesionales se detecta una tensión latente entre la valoración de los saberes ancestrales y la defensa de la medicina científica. Aunque reconocen que las prácticas tradicionales tienen un valor cultural o simbólico, predomina una visión jerárquica del conocimiento, en la que la medicina occidental es considerada superior, racional y eficaz, mientras que las terapias tradicionales son vistas con sospecha, como carentes de base científica o incluso como obstáculos al tratamiento. Esta postura dificulta el establecimiento de una verdadera relación horizontal entre sistemas de conocimiento y refuerza la idea de que la función del profesional de salud es “educar” al paciente para que abandone sus prácticas “atrasadas”. En consecuencia, la interculturalidad es entendida como una herramienta para adaptar el discurso médico, pero no para cuestionar sus fundamentos ni para integrar genuinamente otras formas de entender la salud y la enfermedad.

Por otra parte, es necesario señalar que algunos profesionales no solo reproducen prejuicios inconscientes hacia las comunidades campesinas, sino que también se sienten desprotegidos frente a contextos que desconocen y donde se perciben ajenos. La rotación constante de personal en zonas rurales, la precariedad de las condiciones laborales y la falta de acompañamiento institucional generan un clima de inseguridad que impacta directamente en la calidad de la atención. En muchos casos, los profesionales jóvenes que realizan su Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (Serums) obligatorio[3] en comunidades campesinas manifiestan sentirse **lanzados** a territorios donde no comprenden el idioma ni las costumbres, y donde el choque cultural se transforma en una barrera no solo para la comunicación, sino también para el vínculo terapéutico. Esta falta de preparación previa genera resistencias que, con el tiempo, se pueden traducir en indiferencia o rechazo hacia las particularidades culturales de la población atendida.

La implementación del enfoque intercultural en el sistema de salud peruano ha sido asumida formalmente en el discurso político y normativo, pero en la práctica continúa enfrentando barreras persistentes que impiden su materialización efectiva. La distancia entre el marco jurídico y las condiciones reales de atención evidencia que este enfoque, aunque reconocido, aún no ha sido interiorizado como un componente estructural del sistema, sino que persiste como una promesa incumplida. En este sentido, es fundamental considerar que la Constitución Política del Perú, en su artículo 89, reconoce a las comunidades campesinas y nativas como personas jurídicas y les garantiza autonomía en su organización, uso de tierras y recursos, lo que sienta una base normativa importante (Perú, 1993). Sin embargo, este reconocimiento ha sido interpretado como una forma limitada de pluralismo jurídico que no logra articular de manera efectiva los saberes indígenas con los sistemas institucionalizados (Espinosa, 2015).

Diversos estudios han demostrado que las barreras en la implementación del enfoque intercultural no se limitan a aspectos logísticos o normativos, sino que responden a estructuras más profundas. El racismo estructural institucionalizado constituye una barrera clave para la

[3] El programa Serums (Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud) en Perú es una obligación para profesionales de la salud titulados y colegiados que desean trabajar en el sector público o acceder a programas de especialización. Este programa busca brindar atención de salud en zonas rurales y urbanas marginales del país por un período de 12 meses. El Serums es un programa crucial en el sistema de salud peruano, orientado a proporcionar servicios de salud en las áreas más vulnerables del país que fue establecido por la Ley N° 23330. Este servicio es obligatorio para los profesionales de la salud que desean ocupar cargos en entidades públicas, ingresar a programas de especialización o recibir becas y ayudas del Estado.

interculturalidad efectiva, ya que subordina los saberes indígenas a epistemologías biomédicas dominantes, negando su legitimidad como sistemas de conocimiento (Tubino, 2005). Este tipo de barreras opera en múltiples niveles, desde la formación profesional hasta la atención en salud, reproduciendo desigualdades que dificultan el diálogo horizontal entre saberes.

En este contexto, resulta crucial reconocer que las barreras lingüísticas también representan una limitación significativa para el acceso equitativo a los servicios de salud. El idioma quechua, principal lengua en la región andina, no siempre es considerado en los servicios de salud y, según el Ministerio de Cultura del Perú, más del 70 % de personas quechua hablantes han reportado dificultades de acceso a servicios públicos debido a barreras lingüísticas (Perú, 2019). Esta situación no solo vulnera el principio de equidad, sino que revela una exclusión estructural que debe ser abordada desde una perspectiva intercultural real.

3.3 BARRERAS Y DESAFÍOS EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL ENFOQUE INTERCULTURAL

La implementación del enfoque intercultural en el sistema de salud peruano ha sido asumida formalmente en el discurso político y normativo, pero en la práctica continúa enfrentando barreras persistentes que impiden su materialización efectiva. La distancia entre el marco jurídico y las condiciones reales de atención evidencia que este enfoque, aunque reconocido, aún no ha sido interiorizado como un componente estructural del sistema, sino que persiste como una promesa incumplida. La Constitución Política del Perú, en su artículo 89, reconoce a las comunidades campesinas y nativas como personas jurídicas y les garantiza autonomía en su organización, uso de tierras y recursos, lo que constituye un reconocimiento normativo explícito de su existencia colectiva. No obstante, este reconocimiento ha sido interpretado como una forma limitada de pluralismo jurídico, que no logra traducirse en mecanismos efectivos de inclusión intercultural (Espinosa, 2015). Las barreras que obstaculizan su implementación son múltiples y complejas, y se manifiestan tanto a nivel institucional como en las prácticas cotidianas del personal de salud, reflejando un problema estructural, histórico y cultural.

Una de las principales barreras es la ausencia de una formación profesional con enfoque intercultural desde las etapas iniciales de la educación en salud. Las universidades e institutos que forman médicos, enfermeros, obstetras, psicólogos y otros profesionales de la salud no han incorporado de forma sistemática ni obligatoria contenidos que preparen a sus estudiantes para trabajar en contextos culturales diversos. La mayoría de los currículos siguen orientados por un paradigma tecnocrático, positivista y urbanocéntrico, en el que las enfermedades son tratadas como entidades biológicas aisladas del contexto social y cultural del paciente. En consecuencia, los profesionales egresan con un conjunto de habilidades técnicas que, aunque útiles, resultan insuficientes para atender a poblaciones que no comparten los mismos códigos lingüísticos, creencias, valores ni expectativas frente a la salud y la enfermedad. Esta falta de preparación académica produce un desfase entre lo que se espera de los profesionales en zonas rurales y las herramientas reales que poseen para afrontar los desafíos de una atención intercultural.

A este problema se suma la limitada capacidad del sistema de salud para generar protocolos, instrumentos y recursos que faciliten la aplicación del enfoque intercultural. Si bien existen lineamientos, normativas y planes nacionales que reconocen la importancia de respetar la diversidad cultural en la atención en salud, su ejecución se ve constantemente obstaculizada por

la falta de presupuesto, la débil articulación intersectorial y la carencia de equipos especializados que acompañen a los establecimientos en su implementación. En muchos centros de salud no existen intérpretes o traductores quechua-hablantes; los horarios de atención no se ajustan a las dinámicas comunitarias; los espacios físicos no permiten la presencia de familiares ni de agentes tradicionales en las consultas, y las campañas de salud pública son diseñadas desde las capitales regionales o desde Lima, sin consultar a las comunidades ni adaptar los mensajes a sus contextos socioculturales. La interculturalidad, en la práctica, se convierte en un principio decorativo, mencionado en los discursos institucionales pero ausente en los procedimientos cotidianos.

Otro obstáculo importante es la existencia de prejuicios y estigmas hacia las prácticas ancestrales de salud, tanto por parte de algunos profesionales como de gestores del sistema. A pesar de que en muchas comunidades campesinas las parteras tradicionales, los curanderos y el uso de plantas medicinales constituyen formas legítimas de atención y prevención, estas prácticas siguen siendo vistas como informales, peligrosas o poco confiables. Esta visión negativa se reproduce también en las normas sanitarias, que no reconocen legalmente a estos actores ni les otorgan un rol explícito en el sistema, salvo en algunas iniciativas piloto aisladas y poco institucionalizadas. La negación del valor de los saberes tradicionales, lejos de erradicarlos, genera un sistema paralelo que opera por fuera de los establecimientos de salud, y que refuerza la desconexión entre ambos mundos. Esta dualidad impide construir puentes de colaboración genuina y limita las posibilidades de una atención integral que contemple tanto la dimensión biomédica como la simbólica, espiritual y comunitaria de la salud.

Asimismo, los procesos de toma de decisiones en el sector salud suelen estar marcados por una lógica centralista, vertical y poco participativa. Las comunidades campesinas no son consultadas ni involucradas activamente en el diseño, ejecución o evaluación de las políticas sanitarias que las afectan. Las decisiones se toman desde arriba, sin considerar las particularidades culturales, lingüísticas o territoriales de cada población. Esta ausencia de participación reproduce relaciones coloniales de poder, donde el saber oficial impone su lógica sobre los otros saberes, reforzando la idea de que solo lo “científico” es válido y que todo lo demás es accesorio o residual. Frente a esta situación, muchas comunidades desarrollan formas de resistencia, desconfianza o indiferencia frente al sistema oficial, lo que agrava aún más la desconexión entre ambos modelos.

Por otro lado, las condiciones laborales precarias del personal de salud en zonas rurales constituyen un desafío adicional. La rotación constante de médicos y enfermeras, especialmente en el marco del programa Serums, impide que se consoliden relaciones de confianza con la población local. Cada vez que un nuevo profesional llega a una comunidad, debe empezar desde cero a construir vínculos, conocer el territorio y adaptarse a la cultura local. Sin embargo, el corto tiempo de permanencia, la falta de incentivos y el aislamiento hacen que muchos profesionales simplemente "cumplan" con su tiempo obligatorio sin comprometerse realmente con el lugar donde trabajan. Esta lógica de servicio temporal debilita cualquier posibilidad de desarrollar un enfoque intercultural sostenido, pues la continuidad es un requisito indispensable para que el diálogo de saberes sea posible.

La implementación del enfoque intercultural en salud enfrenta una de sus principales limitaciones en la ausencia de mecanismos cualitativos y sensibles al contexto para evaluar su aplicación real en los territorios. El sistema de salud continúa operando bajo criterios centrados en la lógica de cantidad y cobertura, donde lo que se prioriza es el número de atenciones realizadas, la ejecución de campañas o el cumplimiento de metas técnicas. Sin embargo, esta forma de evaluación no permite comprender aspectos fundamentales como la calidad del vínculo entre el personal de salud y los usuarios, el grado de respeto a la identidad cultural de las personas atendidas o la incorporación significativa de saberes ancestrales en las prácticas sanitarias.

Frente a ello, se vuelve urgente repensar qué se entiende por **resultado** o **eficacia** dentro del enfoque intercultural. ¿Puede considerarse exitoso un servicio de salud que alcanza metas administrativas, pero genera silencio, desconfianza o distanciamiento en las comunidades? La falta de herramientas de evaluación que integren dimensiones cualitativas, lingüísticas, simbólicas y comunitarias perpetúa una mirada reducida de lo sanitario, y contribuye a invisibilizar las experiencias de los pueblos indígenas y campesinos.

Estas limitaciones revelan que las barreras que enfrenta la interculturalidad en salud no son únicamente operativas, sino también estructurales y simbólicas. No basta con declarar el respeto a la diversidad cultural como principio rector si ello no se traduce en transformaciones tangibles en la manera de planificar, organizar, formar y evaluar el sistema de salud. La interculturalidad no puede depender de la voluntad individual del personal, ni permanecer como una declaración

de buenas intenciones. Debe convertirse en una ética institucional y en una práctica cotidiana asumida como parte esencial de un sistema público que se dice inclusivo.

Avanzar hacia una salud realmente intercultural exige revisar de forma crítica los marcos desde los cuales se gestiona la salud pública. Implica transformar la arquitectura institucional, reformar los procesos de formación profesional, generar espacios reales de participación comunitaria, y, sobre todo, reconocer la legitimidad de los saberes tradicionales como parte constitutiva del derecho a la salud. Solo así será posible construir un sistema que no imponga, sino que dialogue; que no homogeneice, sino que acoja y valore la diversidad cultural y epistémica del país.

3.4 COMPARACIÓN CON MODELOS EXITOSOS EN OTROS PAÍSES

El análisis comparado de modelos de salud intercultural en otros países de América Latina permite identificar tanto los avances como las estrategias concretas que han logrado articular, con mayor o menor éxito, los sistemas biomédicos y los saberes ancestrales en contextos pluriculturales. Esta comparación resulta sumamente valiosa para el caso peruano, no con el fin de replicar mecánicamente experiencias ajenas, sino para extraer lecciones que puedan ser adaptadas al contexto local, respetando sus particularidades históricas, territoriales y socioculturales. Los modelos desarrollados en países como Bolivia, Ecuador y Colombia ofrecen ejemplos significativos de voluntad política, reconocimiento normativo y participación de los pueblos indígenas en el diseño de políticas sanitarias culturalmente pertinentes.

En Bolivia, por ejemplo, el Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (Safci) ha institucionalizado de manera explícita la participación de médicos tradicionales en los centros de salud públicos, reconociendo el derecho a una medicina propia e intercultural (Bolivia, 2011). Este modelo constituye uno de los referentes más relevantes en Latinoamérica en materia de institucionalización del enfoque intercultural, pues no solo incorpora a los agentes tradicionales como actores del sistema de salud, sino que promueve un diálogo horizontal entre saberes biomédicos y conocimientos ancestrales. En este marco, se garantiza un trato equitativo a los sistemas médicos indígenas, reconociendo su legitimidad y articulación dentro de las políticas públicas. El enfoque boliviano contrasta con la visión monocultural y vertical del sistema de salud convencional, mostrando que es posible construir un modelo sanitario centrado en la familia, la comunidad y la interculturalidad.

Ecuador, por su parte, ha avanzado en la construcción de un Sistema de Salud Intercultural que busca armonizar la medicina ancestral con la medicina occidental. A diferencia de enfoques más integracionistas, el modelo ecuatoriano promueve la complementariedad de saberes y prácticas, estableciendo convenios formales con organizaciones indígenas y creando unidades operativas de salud que funcionan bajo una lógica intercultural. El Ministerio de Salud Pública ha emitido normativas específicas que reconocen el uso de plantas medicinales, la participación de parteras tradicionales en el parto y el acompañamiento espiritual en los procesos de sanación. Además, se han implementado programas de formación para profesionales de salud que incluyen lenguas originarias y cosmovisiones indígenas como parte del currículo obligatorio. Esta voluntad política se ha visto fortalecida por el reconocimiento constitucional del Sumak Kawsay o **buen vivir** como principio orientador del desarrollo, lo cual implica una visión holística del bienestar que trasciende los parámetros biomédicos clásicos. Si bien aún existen desafíos en la implementación plena del enfoque intercultural en todas las regiones del país, la experiencia ecuatoriana demuestra que es posible institucionalizar el diálogo de saberes desde una política pública coherente y participativa.

En la perspectiva de Alberto Acosta (2012), el Sumak Kawsay no se reduce a una simple reinterpretación del desarrollo, sino que representa una ruptura epistémica con las lógicas hegemónicas del progreso occidental. Este paradigma propone imaginar otros mundos posibles, sustentados en la armonía con la naturaleza, la equidad comunitaria y la dignidad de la vida, rompiendo con la racionalidad instrumental del capitalismo moderno.

En el caso colombiano, aunque el proceso ha sido menos centralizado, se han desarrollado experiencias locales de articulación entre el sistema de salud oficial y los sistemas médicos indígenas, especialmente en territorios donde existen formas de gobierno autónomo reconocidas legalmente. La jurisprudencia constitucional ha jugado un papel clave en la consolidación de derechos colectivos en salud, al reconocer que los pueblos indígenas tienen autonomía para definir sus propios modelos de atención, conforme a sus creencias, normas y autoridades tradicionales. En este marco, algunas Entidades Promotoras de Salud (EPS) han firmado convenios con organizaciones indígenas para la administración de recursos y la prestación de servicios desde una lógica propia. Estas experiencias han permitido desarrollar modelos organizativos alternativos, centrados en la medicina tradicional, pero articulados al sistema nacional mediante mecanismos de aseguramiento y financiación pública. La experiencia colombiana destaca por haber logrado un cierto equilibrio entre el reconocimiento

legal de la diversidad y la autonomía organizativa de los pueblos, aun en un contexto de conflicto armado y desigualdad territorial persistente.

Estos tres modelos tienen elementos comunes que pueden servir como referentes para repensar el enfoque intercultural en el Perú. En primer lugar, todos ellos han incorporado la interculturalidad no solo como una meta técnica, sino como un principio político y ético, vinculado a la plurinacionalidad, la justicia histórica y los derechos colectivos. En segundo lugar, han institucionalizado mecanismos de participación de los pueblos indígenas en la formulación de políticas sanitarias, lo que garantiza mayor legitimidad y pertinencia. En tercer lugar, han desarrollado normas, protocolos y programas de formación que permiten a los profesionales de salud actuar con herramientas concretas en contextos interculturales, superando la improvisación o la buena voluntad individual como único recurso.

Sin embargo, también es importante reconocer que estos modelos no están exentos de contradicciones, resistencias internas y desafíos en la implementación. La institucionalización de la interculturalidad requiere procesos sostenidos, recursos adecuados y una transformación profunda de las relaciones entre Estado y sociedad. No basta con enunciar principios en los marcos legales si no se traducen en acciones concretas, sostenibles y medibles.

Aun así, la comparación internacional revela que es posible construir sistemas de salud que respeten la diversidad cultural sin renunciar a la calidad, la eficiencia ni la equidad. Por el contrario, la integración de saberes enriquece la atención, fortalece la relación entre el Estado y los pueblos, y contribuye a mejorar los indicadores de salud desde una perspectiva más humana, territorializada y contextualizada.

En el caso peruano, donde también coexisten múltiples sistemas médicos y donde la medicina tradicional sigue siendo parte activa de la vida cotidiana de millones de personas, los aprendizajes de estos países pueden orientar el diseño de políticas públicas más audaces, participativas y coherentes. El reto está en dejar de concebir la interculturalidad como un anexo marginal del sistema de salud, y comenzar a asumirla como una condición estructural de su transformación.

3.5 ANÁLISIS DE LA INTEGRACIÓN DE LOS SABERES ANCESTRALES EN LA ATENCIÓN MÉDICA

La integración de los saberes ancestrales en la atención médica constituye una de las tareas más complejas y, al mismo tiempo, más necesarias en el camino hacia una salud verdaderamente intercultural. No se trata únicamente de incorporar prácticas tradicionales a modo de complemento decorativo dentro del sistema de salud, sino de replantear profundamente la lógica que organiza la atención, el reconocimiento de la autoridad terapéutica, la validación de los conocimientos y, en última instancia, el significado mismo de sanar. En contextos como el de las comunidades campesinas del Perú, donde las prácticas de sanación tradicionales siguen vivas, transmitidas de generación en generación, coexistiendo con el modelo biomédico oficial, esta integración resulta no solo pertinente, sino urgente.

Los saberes ancestrales en salud no son restos folclóricos de un pasado remoto, sino sistemas complejos de conocimiento, profundamente ligados a la cosmovisión, al territorio y a la experiencia histórica de los pueblos. Estos saberes comprenden tanto el uso de plantas medicinales como las prácticas rituales, las técnicas de partería, los conocimientos dietéticos, los métodos de diagnóstico tradicionales y la comprensión espiritual del cuerpo y la enfermedad. En el ámbito andino, por ejemplo, la salud es entendida como un equilibrio dinámico entre el ser humano, la naturaleza y las fuerzas que rigen el mundo invisible. La pérdida de ese equilibrio se manifiesta en el cuerpo, pero su tratamiento requiere acciones que trascienden lo físico y que involucran al entorno, a la comunidad y a lo espiritual. Desde esta perspectiva, el acto de sanar no se reduce a intervenir un órgano afectado, sino a restablecer una armonía integral.

Sin embargo, el sistema de salud oficial aún opera bajo una lógica que tiende a excluir o invisibilizar estos saberes. A pesar de que el discurso intercultural ha ganado espacio en los marcos normativos, en la práctica cotidiana de los centros de salud la medicina tradicional sigue siendo marginalizada o tolerada bajo condiciones subordinadas. En muchos establecimientos, el uso de plantas medicinales es desestimado, las parteras son vistas con sospecha y los rituales de sanación son considerados ajenos a la labor clínica. Esta situación no solo empobrece el sistema de atención, al prescindir de un conocimiento milenario, sino que genera desconfianza en los usuarios que valoran y practican cotidianamente estos saberes.

La posibilidad de integrar de forma genuina los saberes ancestrales al sistema de salud requiere un cambio de enfoque radical. En primer lugar, se necesita reconocer que estos saberes constituyen formas legítimas de conocimiento, con racionalidades propias, que no deben ser

reducidas ni traducidas automáticamente al lenguaje biomédico. El diálogo entre sistemas no implica la absorción del uno por el otro, sino el establecimiento de relaciones horizontales basadas en el respeto mutuo, la complementariedad y la no jerarquización del conocimiento. En segundo lugar, la integración debe estar respaldada por un marco institucional que garantice condiciones materiales, normativas y políticas para su desarrollo. Esto implica reconocer jurídicamente a los agentes de salud tradicional, crear espacios formales para su participación en los procesos de atención y toma de decisiones, y establecer protocolos que orienten la interacción entre el personal de salud biomédico y los sabios locales.

Algunas experiencias, aunque aún incipientes, han demostrado que esta integración es posible. En ciertas regiones del país, parteras tradicionales trabajan en coordinación con obstetras, se permite el uso de infusiones[4] tradicionales durante el parto, se respetan las posiciones verticales solicitadas por las mujeres gestantes, y se realiza el acompañamiento espiritual con la participación de autoridades comunales o curanderos. Estas experiencias, cuando son sostenidas y acompañadas institucionalmente, no solo mejoran la calidad de la atención y los indicadores de salud, sino que fortalecen el vínculo entre el Estado y las comunidades, generando confianza, pertenencia y apropiación del sistema de salud como propio. Lamentablemente, estos casos siguen siendo la excepción y no la regla, y dependen muchas veces de la voluntad particular de ciertos profesionales o gestores locales.

La integración de los saberes ancestrales también exige revisar los criterios de validez científica y los métodos de evaluación que utiliza el sistema de salud. La lógica dominante exige evidencia empírica cuantificable para reconocer la eficacia de un tratamiento, lo cual es comprensible dentro del paradigma biomédico. Sin embargo, aplicar ese mismo criterio a saberes que operan bajo otras lógicas y que tienen como base la experiencia colectiva, la tradición oral y la cosmovisión espiritual, implica imponer una epistemología dominante sobre otra. Para avanzar hacia una verdadera interculturalidad en salud, es necesario desarrollar metodologías de evaluación que valoren no solo la eficacia técnica, sino también la pertinencia cultural, la aceptación social y la sostenibilidad comunitaria de los tratamientos.

Un reto importante en este proceso es evitar tanto la folklorización como la mercantilización de los saberes ancestrales. En algunos contextos, las prácticas tradicionales son incorporadas de

[4] Preparado medicinal con plantas hervidas, de uso terapéutico tradicional.

manera superficial, despojadas de su sentido espiritual o comunitario, y convertidas en **productos culturales** para mostrar una imagen de inclusión que no se sostiene en la práctica. En otros casos, se promueve el uso comercial de plantas medicinales sin respetar el conocimiento tradicional ni garantizar la participación justa de las comunidades en los beneficios. Estas formas de apropiación no representan una integración respetuosa, sino una nueva forma de subordinación de los saberes indígenas al mercado o al sistema hegemónico.

Por tanto, la integración de los saberes ancestrales en la atención médica requiere no solo voluntad política, sino también una transformación ética en la manera en que el Estado y los profesionales entienden su rol en la sociedad. Supone asumir que existen múltiples formas de cuidar, de sanar y de acompañar los procesos de salud-enfermedad, y que todas ellas tienen derecho a ser escuchadas, respetadas y valoradas. Esta integración no se logrará mediante decretos, sino a través de procesos sostenidos de diálogo, formación, acompañamiento comunitario y reforma institucional. Solo así será posible construir un sistema de salud que no sea ajeno ni hostil a las comunidades campesinas, sino que se nutra de su sabiduría, fortalezca su autonomía y reconozca en sus prácticas ancestrales un patrimonio vivo, dinámico y profundamente vigente.

4 APROXIMACIÓN AL TERRITORIO PREINTERPRETADO: LO QUE DICEN LOS ACTORES Y AGENTES Y LA PRIMERA INTERPRETACIÓN DEL INVESTIGADOR

Como ya se señaló en la Introducción, este estudio se enmarca en el enfoque de la teoría crítica. Según Allebrandt y Prediger (2018, p. 31), el conocimiento construido está marcado por la subjetividad de los investigadores/ciudadanos y por la interactividad a diferentes niveles: "dos pesquisadores/cidadãos com o campo empírico e com outros sujeitos envolvidos no processo, dos pesquisadores/cidadãos com os autores que discutem este assunto e dos pesquisadores/cidadãos consigo mesmos"[5]. De este modo, están permeados por la intersubjetividad y la interdiscursividad, es decir, son un lugar de diálogo y de visión plural. Además, estos autores recuerdan que la

> abordagem interpretativa inserida no paradigma da teoria social crítica habermasiana, [...] [constitui-se] em possibilidades de refletir eventos sociais cotidianos em que a linguagem é vista como prática social e, portanto, [é] condicionada ao contexto em que é produzida. Por essa razão, os discursos e as práticas de todos nos processos são tomados como objetos de interpretação e reinterpretação. As práticas socioculturais nascem da linguagem [...] e ela evidencia os conhecimentos e sentidos produzidos, os quais são mutáveis e distintos e, no processo de interpretação, precisam ser considerados, uma vez que remetem às relações de poder manifestadas pelos sujeitos em interação (Allebrandt; Prediger, 2018, p. 32)[6].

En este sentido, en la investigación social,

> [...] o objeto de nossas investigações é, ele mesmo, um **território pré-interpretado**. O mundo sócio-histórico não é apenas um campo objeto que está ali para ser observado; ele é também um campo-sujeito que é construído, em parte, por sujeitos que, no curso rotineiro de suas vidas quotidianas, estão constantemente preocupados em compreender a si mesmos e aos outros, e em interpretar as ações, falas e acontecimentos que se dão ao seu redor (Thompson, 1995, p. 358)[7].

---

[5] Traducción libre: "de los investigadores/ciudadanos con el campo empírico y con otros sujetos involucrados en el proceso, de los investigadores/ciudadanos con los autores que discuten ese tema y de los investigadores/ciudadanos consigo mismos".

[6] Traducción libre: enfoque interpretativo inserto en el paradigma de la teoría social crítica habermasiana, [...] [constituye] posibilidades de reflejar acontecimientos sociales cotidianos en los que el lenguaje es visto como una práctica social y, por tanto, [está] condicionado por el contexto en el que se produce. Por ello, los discursos y prácticas de todos los actores del proceso son tomados como objetos de interpretación y reinterpretación. Las prácticas socioculturales surgen del lenguaje [...] y resaltan los conocimientos y los significados producidos, que son cambiantes y distintos y, en el proceso de interpretación, necesitan ser considerados, ya que remiten a las relaciones de poder manifestadas por los sujetos en interacción.

[7] Traducción libre: El objeto de nuestras investigaciones es, en sí mismo, un territorio preinterpretado. El mundo sociohistórico no es solo un campo-objeto que está ahí para ser observado; es también un campo-sujeto que se construye, en parte, por sujetos que, en el transcurso rutinario de su vida cotidiana, están constantemente

Por ello, como refuerza Thompson (1995), el objeto de nuestra investigación es un campo (o territorio) preinterpretado, ya que las formas simbólicas son interpretadas por los sujetos que constituyen el campo-sujeto-objeto. La hermenéutica de la vida cotidiana es un punto de partida primordial del enfoque de la HP. A través de entrevistas y observación participante, como momento etnográfico de la investigación, se busca reconstruir cómo los sujetos interpretan y comprenden la realidad en los diversos contextos de su vida social. Esta reconstrucción es, también, un proceso interpretativo: la interpretación de la *doxa*, de las opiniones, creencias y comprensiones de las personas que constituyen el mundo social. El autor advierte además que:

> Contudo, essa dimensão é geralmente descurada na análise social. Negligenciar esses contextos da vida quotidiana, e as maneiras como as pessoas situadas dentro delas interpretam e compreendem as formas simbólicas que eles produzem e recebem, é desprezar uma condição hermenêutica fundamental da pesquisa sócio-histórica, especificamente, que o campo-objeto de nossa investigação é também um campo-sujeito em que as formas simbólicas são pré-interpretadas pelos sujeitos que constituem esse campo (Thompson, 1995, p. 364)[8].

Por lo tanto, este capítulo presenta esta primera aproximación al territorio preinterpretado, basada en las entrevistas realizadas.

La región de Cusco, ubicada en la parte sur-oriental de la República del Perú, presenta una geografía compleja y una dispersión poblacional notable, lo cual condiciona sustancialmente el acceso a los servicios de salud. A continuación se presenta un mapa de localización y una ficha estadística que resumen la red de establecimientos, los niveles de atención y la cobertura poblacional de los servicios de salud en la región.

ocupados en comprenderse a sí mismos y a los demás, y en interpretar las acciones, palabras y acontecimientos que ocurren a su alrededor.

[8] Traducción libre: Sin embargo, esta dimensión suele ser descuidada en el análisis social. Desatender estos contextos de la vida cotidiana, y las formas en que las personas situadas dentro de ellos interpretan y comprenden las formas simbólicas que producen y reciben, es ignorar una condición hermenéutica fundamental de la investigación sociohistórica. Específicamente, que el campo-objeto de nuestra investigación es también un campo-sujeto en el que las formas simbólicas son preinterpretadas por los sujetos que constituyen dicho campo.

Tabla 1- estadística del sistema de salud regional – Región Cusco

Indicador	Valor / Comentario
Departamento	Región de Cusco
Nº total de establecimientos de salud públicos (según Gerencia Regional de Salud Cusco)	**359 establecimientos**.
Nº total de hospitales en la región	Dentro del portal se indica “8 hospitales” para la región.
Estructura según categoría (año 2017)	IPRESS I-1: 145; I-2: 114; I-3: 44; I-4: 36; Hospitales II-E: 2; II-I: 4; III-I: 2.
Cobertura de aseguramiento poblacional	Aproximadamente **70 % de la población** cuenta con algún seguro (información de 2024).
Camas hospitalarias por 10 000 habitantes	Aproximadamente **4,5 camas por cada 10 000 habitantes** (dato al 16/03/2021) en la región.

Fuente: Gerencia Regional de Salud Cusco; DIRESA Cusco; MINSA- Fecha de consulta 25/10/2025

4.1 **PROFESIONALES DE LA SALUD QUE TRABAJAN EN COMUNIDADES**

Se entrevistó a seis profesionales de la salud: un obstetra, un médico general, una enfermera comunitaria, un médico de Serums, un técnico de salud y un psicólogo.

4.1.1 Entrevistado E1 – Obstetra rural, puesto de salud en Cusco

La entrevista realizada con E1, obstetra que trabaja desde hace seis años en una microrred de salud en el sur del Cusco, permitió explorar con profundidad la experiencia concreta de implementación del enfoque intercultural en salud desde el primer nivel de atención. Su testimonio ofrece una mirada reflexiva sobre la relación entre las políticas públicas en salud intercultural, las prácticas institucionales cotidianas, y las realidades sociales y culturales de las comunidades campesinas a las que brinda atención.

Desde un inicio, E1 reconoció que el marco normativo en torno a la salud intercultural existe y está presente en los documentos oficiales, pero su implementación efectiva es fragmentada y desigual. Según relata, la mayoría del personal de salud conoce de manera superficial la existencia de políticas como el Decreto Supremo N.º 016-2016-SA o los Lineamientos del MINSA sobre atención con pertinencia cultural, pero no existen mecanismos eficaces que

aseguren su cumplimiento práctico ni formación sistemática para el personal sobre cómo aplicarlos en campo.

> *Yo he visto los documentos. En el 2016 nos mandaron un taller sobre el decreto, y ahí quedó. No hay seguimiento. Nadie viene a ver si se está cumpliendo. Y la verdad, muchos colegas no saben cómo aplicar eso en la atención real. Tenemos los mismos formularios, los mismos protocolos. Entonces, sí, la norma está en papel, pero en la práctica seguimos haciendo lo mismo de siempre.*

Uno de los temas centrales abordados fue el acceso de las comunidades campesinas a los servicios de salud intercultural. E1 subraya que, si bien los establecimientos de salud existen y están abiertos, muchas barreras impiden que las personas acudan con confianza o regularidad. Entre ellas, destaca el idioma, la distancia geográfica, la desconfianza acumulada hacia el sistema y el trato poco empático que algunas personas han recibido en el pasado.

> *Muchas mujeres no vienen al control. Y no es porque no quieran, es porque no se sienten cómodas. Algunas no hablan castellano, o no entienden las indicaciones. Otras han tenido malas experiencias: las han regañado, no las dejaron entrar con su mamá al parto, o no respetaron sus tiempos. Entonces prefieren parir en casa. Y eso es muy triste, porque no debería ser una cosa o la otra. Deberíamos poder trabajar juntas: el centro de salud, la familia, la partera.*

Respecto a la formación profesional y la disponibilidad de personal capacitado en salud intercultural, la entrevistada señaló que la mayoría de los trabajadores de salud llegan a sus puestos sin una preparación real para el contexto rural e indígena. Además, no existen incentivos institucionales para permanecer en zonas alejadas ni formación continua que fortalezca sus capacidades interculturales.

> *Yo misma tuve que aprender acá. La universidad me formó en lo técnico, pero no me enseñaron cómo tratar a una señora quechuahablante, o cómo explicar el uso del DIU respetando su cosmovisión. Tuve que escuchar, conversar con las mujeres, con las parteras. Y todavía estoy aprendiendo. Pero no hay un curso, no hay nada formal. A veces uno siente que está sola.*

Sobre la aceptación e integración de la medicina tradicional en los servicios de salud, E1 reconoce que existe una apertura mayor que años atrás, especialmente entre el personal más joven, pero aún persisten barreras institucionales y culturales que dificultan la integración efectiva.

> *Yo sí respeto las prácticas tradicionales. Si una mujer quiere usar su infusión después del parto, yo le pregunto qué planta usa, la anoto, y le digo que está bien si no interfiere con el tratamiento. Pero otros colegas no. Dicen 'eso no sirve', y ahí se*

> *rompe la relación. El problema es que no nos enseñan a dialogar. Nadie nos dice cómo podemos integrar eso de forma segura. Entonces queda en la voluntad personal.*

E1 también destacó que, en su experiencia, la colaboración con las autoridades comunales y líderes tradicionales ha sido clave para construir confianza, pero que dicha articulación depende casi exclusivamente de la iniciativa del personal local, ya que no existe un marco formal que promueva esta colaboración.

> *Cuando llegué, fui a presentarme a la asamblea comunal. Les dije que mi puerta estaba abierta. Al principio había desconfianza, pero poco a poco se fueron acercando. Ahora, cuando hay campaña, me ayudan a convocar. Pero no es porque el sistema lo diga, es porque uno busca el acercamiento. No hay una política que nos obligue a trabajar en conjunto. Debería haber.*

Finalmente, al ser consultada sobre los desafíos específicos que enfrentan las comunidades indígenas en la sierra respecto a la salud, la obstetra no dudó en afirmar que se trata de una combinación de factores: geográficos, culturales, institucionales y económicos. La suma de estos obstáculos refuerza la exclusión estructural que viven las comunidades, y revela que el enfoque intercultural debe ir acompañado de inversión, reforma institucional y una profunda transformación de las relaciones de poder en el sistema de salud.

> *Aquí no es solo que falte medicinas o que las postas estén lejos. Es que el sistema no fue pensado para esta gente. Se nota. En los formularios, en los horarios de atención, en el idioma. Todo está hecho desde la ciudad. Entonces no basta con decir 'respetemos la cultura'. Hay que cambiar muchas cosas. Y eso implica también revisar nuestros propios prejuicios como personal de salud.*

Este testimonio confirma que, aunque existen esfuerzos individuales por parte de profesionales sensibles y comprometidos, la salud intercultural sigue siendo una promesa incumplida en muchos niveles. La voluntad personal, si bien valiosa, no puede reemplazar una política pública sólida, coherente y construida desde los territorios, en diálogo con los saberes y las necesidades reales de los pueblos.

4.1.2 Entrevistado E2 – Médico general, centro de salud rural en provincia de Chumbivilcas.

La entrevista con E2, médico general con nueve años de experiencia en comunidades rurales del sur de la región Cusco, permite identificar con claridad las contradicciones entre el marco normativo que promueve la interculturalidad en salud y las prácticas institucionales cotidianas.

Su testimonio refleja una perspectiva crítica pero comprometida, surgida desde su experiencia en contacto directo con poblaciones campesinas de fuerte arraigo cultural.

Uno de los primeros temas abordados fue la aplicación práctica del Decreto Supremo N.º 016-2016-SA, así como de los lineamientos del Minsa sobre atención con pertinencia cultural. E2 afirma que, si bien existe un marco legal, en la mayoría de los establecimientos del primer nivel no hay claridad sobre cómo ponerlo en práctica.

> *Mira, el decreto existe, sí. Lo hemos leído, incluso hicimos un taller hace un par de años, pero en el día a día no cambia mucho. Seguimos usando los mismos protocolos, las mismas formas de atención, los mismos formularios. La interculturalidad queda como algo más simbólico, decorativo. No hay procedimientos adaptados, ni infraestructura adecuada, ni personal que domine el idioma local.*

En ese sentido, E2 resalta que la barrera idiomática sigue siendo uno de los principales obstáculos para brindar una atención efectiva y respetuosa. Aunque muchos usuarios son quechuahablantes monolingües o bilingües incipientes, la mayoría del personal de salud solo habla castellano. Esta distancia lingüística produce malentendidos, frustración y, en algunos casos, abandono de los tratamientos.

> *Es frustrante cuando una señora te mira con miedo, no entiende lo que le estás diciendo, y uno tampoco sabe cómo explicarle mejor. A veces traen a una nieta para que traduzca, o simplemente asienten sin haber comprendido. Eso no es atención de calidad. No hay traductores, no hay materiales en quechua, y además uno tiene que atender a veinte personas en la mañana. No hay tiempo para construir confianza.*

E2 fue particularmente enfático en señalar la falta de incentivos y condiciones para que el personal permanezca y se comprometa en zonas rurales. Según su experiencia, los profesionales Serums o recién egresados son enviados sin preparación suficiente, permanecen solo el tiempo obligatorio, y luego se retiran, lo cual genera discontinuidad en la atención y desconfianza en la comunidad.

> *Los colegas que vienen por SERUMS a veces lo ven como un castigo. No conocen la cultura, no les interesa aprender, y solo quieren cumplir su año e irse. Eso no construye nada. Las comunidades se dan cuenta, y dejan de confiar. En cambio, cuando uno se queda más tiempo, se involucra, participa, se gana el respeto. Pero para eso también hay que tener condiciones: vivienda, estabilidad, reconocimiento.*

Respecto a la aceptación de la medicina tradicional por parte del sistema de salud, E2 reconoce que hay un cambio de actitud en comparación con décadas pasadas, pero que la integración real aún está lejos. En su experiencia, las prácticas tradicionales son toleradas mientras no

interfieran con el tratamiento biomédico, pero rara vez son comprendidas en su lógica profunda ni integradas en un plan de atención conjunto.

> *Muchas veces las mujeres traen su infusión, o se han hecho una limpia[9] antes de venir. Yo no me opongo, si no hay contradicción con los medicamentos. Pero eso no es integración. Es simplemente tolerancia. Para que haya un diálogo verdadero, el sistema debería reconocer a los sabios, a los curanderos, invitarlos a las campañas, trabajar juntos. Pero no hay un marco claro, y tampoco presupuesto. Entonces queda como un esfuerzo individual.*

Un aspecto particularmente interesante de la entrevista fue la percepción del médico sobre la relación entre salud intercultural y justicia social. Según su visión, la exclusión de los saberes ancestrales no solo es una omisión técnica, sino una expresión de desigualdad estructural.

> *No reconocer la medicina tradicional es una forma de discriminación. Es decirle a la comunidad que su conocimiento no vale, que solo lo que viene de la universidad sirve. Eso perpetúa la desigualdad. Si hablamos de interculturalidad, no es solo traducir un folleto al quechua. Es redistribuir poder, reconocer otras formas de saber, y construir salud desde el territorio, no desde Lima.*

Finalmente, E2 concluye que, si bien hay avances y mayor conciencia sobre el valor del enfoque intercultural, aún se requiere una transformación institucional profunda, que incluya formación, infraestructura, financiamiento y, sobre todo, una revisión crítica del rol que el personal de salud desempeña en contextos rurales.

> *No se trata solo de aprender a saludar en quechua o permitir un parto vertical. Se trata de cambiar la forma en que nos vemos a nosotros mismos como profesionales. No somos dueños del saber. Somos servidores públicos. Y si queremos hacer bien nuestro trabajo, tenemos que aprender del otro, con humildad.*

4.1.3 Entrevistado E3 – Enfermera comunitaria, microred rural de la provincia de Canchis

La entrevista con E3, enfermera comunitaria con más de quince años de experiencia en zonas rurales de la región Cusco, permite observar cómo el enfoque intercultural en salud se vive desde la práctica cotidiana, no siempre con respaldo institucional, pero muchas veces desde el compromiso personal. Su testimonio revela tanto las potencialidades del contacto directo con las comunidades como las contradicciones que surgen cuando el sistema de salud sigue funcionando desde una lógica vertical y urbana.

---

[9] Ritual de "limpiar" el cuerpo/espíritu de energías negativas, usando plantas y rezos.

Desde el inicio, E3 remarcó que el contacto con las comunidades le ha enseñado mucho más de lo que su formación académica le pudo ofrecer, especialmente en lo que respecta a las formas de cuidado comunitario, los saberes locales y las prácticas preventivas ancestrales.

> *Aquí la gente se cuida en comunidad. No es como en la ciudad, donde cada quien va al hospital cuando está mal. Acá la familia, la partera, la vecina, todos intervienen. Usan sus hierbas, hacen sus limpias, consultan a sus sabios. Al principio, uno se sorprende, pero luego aprende a respetar. Yo he aprendido muchísimo de las mamás y las abuelitas. Son ellas las que saben cómo hacer que un bebé duerma, cómo tratar un empacho[10], cómo acompañar a una mujer después del parto.*

Consultada sobre la capacitación en salud intercultural, E3 fue enfática en señalar que, aunque existen lineamientos y normativas, la formación real es escasa, dispersa y poco profunda. La mayoría de las veces, el aprendizaje ocurre en el territorio, de manera informal.

> *En todos estos años, creo que solo he tenido dos capacitaciones sobre interculturalidad. Una fue hace muchos años, y otra hace poco, pero muy general. No nos dicen cómo aplicar eso en las campañas, en los talleres, en la visita casa por casa. Entonces uno aprende conversando, observando, cometiendo errores también. Y eso no debería ser así. Debería ser parte de la formación básica. Porque si no entiendes a la comunidad, no puedes cuidar bien.*

Sobre el nivel de acceso a los servicios de salud por parte de la población campesina, E3 señala que, aunque la cobertura territorial ha mejorado, la calidad y la pertinencia cultural de la atención siguen siendo limitadas, lo que hace que muchas personas recurran al sistema solo en casos graves.

> *Las mamás vienen cuando ya no pueden más. A veces ya han hecho todo lo posible en casa, con sus plantas, con sus baños, con el sabio. Y si no mejora, ahí sí vienen. Pero no vienen con confianza, vienen con miedo. Piensan que les van a decir que lo que han hecho está mal, o que las van a regañar. Y a veces es cierto. Algunos colegas no escuchan, no preguntan. Solo recetan. Entonces claro, ¿cómo van a volver?*

En cuanto a la integración entre la medicina tradicional y el sistema de salud, E3 relata que existen experiencias espontáneas de colaboración, especialmente con parteras tradicionales, pero que estas no son reconocidas oficialmente ni remuneradas, lo que genera un desequilibrio y, en ocasiones, tensiones.

> *Yo trabajo con dos parteras que son muy respetadas en la comunidad. Cuando hay un parto complicado, ellas me avisan. Y si yo tengo que hacer seguimiento, les*

[10] Dolencia digestiva, utilizada con sobadas, infusiones y baños.

> *consulto. Pero ellas no reciben nada del Estado. Ni un sol. Ni un reconocimiento. Es todo por vocación. Y eso es injusto, porque hacen una labor valiosa. Deberían ser parte del equipo de salud.*

También se abordó el tema de las campañas de salud pública en comunidades campesinas, y E3 señaló que muchas de ellas no logran tener impacto porque no consideran la cultura local ni se adaptan al lenguaje ni a los tiempos de la comunidad.

> *Hacemos campañas de vacunación, de planificación familiar, de anemia, pero si no hablamos con el presidente comunal, si no explicamos bien en quechua, si no respetamos los tiempos de la gente, por ejemplo, cuando hay cosecha, no hay asistencia. La gente no va. No porque no le importe, sino porque siente que no se le está tomando en cuenta. Que se impone algo desde afuera.*

Finalmente, al ser consultada sobre los cambios que propondría para mejorar la salud intercultural, E3 fue clara y concreta: formación real, reconocimiento a los agentes comunitarios, traducción cultural de los servicios, y trabajo con enfoque de comunidad.

> *Yo creo que, si queremos hacer salud intercultural de verdad, tenemos que empezar por escuchar. Y no solo escuchar para que quede bonito. Escuchar para cambiar. Formar al personal, incluir a los sabios y sabias en el sistema, traducir las campañas, hablar en la lengua de la comunidad. Y, sobre todo, trabajar con la comunidad, no solo para la comunidad.*

Este testimonio pone en evidencia que la interculturalidad no se construye desde los documentos, sino desde las relaciones. Enfermeras como E3, que han trabajado durante años con humildad y respeto, muestran que el diálogo de saberes es posible cuando se reconoce el valor del otro como sujeto epistémico y como protagonista del cuidado.

4.1.4 Entrevistado E4 – Médico Serums en zona altoandina del Cusco

La entrevista con E4, médico egresado de una universidad pública limeña y actualmente en cumplimiento de su Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (Serums) en un centro de salud de categoría I-3 en una comunidad de la provincia de Espinar, brinda una mirada fresca, pero a la vez profundamente confrontada, sobre los desafíos del sistema de salud en contextos rurales campesinos. Su relato da cuenta del choque entre la formación biomédica urbana y la complejidad cultural del territorio andino, y revela cómo, en muchos casos, el aprendizaje intercultural ocurre en la práctica misma, a veces con escasos recursos y sin el acompañamiento institucional adecuado.

Desde los primeros días de su servicio, E4 relata que experimentó una brecha profunda entre lo aprendido en la universidad y lo que exigía el contexto rural.

> *En la universidad nos enseñan a hacer historia clínica, a diagnosticar, a recetar, pero nunca nos enseñaron a escuchar a una paciente que no habla castellano, o que no te mira a los ojos porque así es su costumbre. Yo llegué con todas mis ganas, pero me di cuenta [de] que el conocimiento técnico no basta. Aquí uno se tiene que desaprender muchas cosas para poder atender con respeto.*

Uno de los aspectos que más le impactó fue la fuerte presencia de la medicina tradicional en la vida cotidiana de la comunidad, no solo como práctica sanitaria, sino como forma de interpretar el mundo, la enfermedad y el cuerpo.

> *Aquí todo tiene un sentido cultural. Una señora vino con dolor abdominal y me dijo que era 'susto[11]'. Yo al inicio no entendía. Le pedí exámenes, pero no aceptó. Ella solo quería que la curandera le haga la limpia. Al principio me frustré, sentí que no podía ayudarla. Pero luego fui entendiendo que no es que rechacen la medicina moderna, sino que tienen otro sistema de creencias. Y eso hay que respetarlo.*

Consultado sobre si recibió alguna capacitación en salud intercultural antes de iniciar su servicio, E4 respondió con claridad:

> *No, nada. Ni en la universidad ni antes de venir. Solo nos dieron una charla de cómo llenar los formatos, cómo reportar datos, pero nada sobre cómo comunicarse con personas quechuahablantes, o cómo trabajar con parteras o curanderos. Yo he ido aprendiendo sobre la marcha, preguntando, observando, y también equivocándome.*

Uno de los mayores desafíos para E4 ha sido la comunicación intercultural, especialmente por la barrera idiomática. Si bien ha intentado aprender algunas frases en quechua, reconoce que no es suficiente para generar un vínculo de confianza.

> *Es duro cuando no te puedes comunicar. A veces viene una señora mayor, habla todo en quechua, y yo no entiendo. Me siento limitado, incompleto. He aprendido algunas frases básicas, pero quisiera que hubiera alguien que traduzca. El sistema debería garantizar intérpretes. No es justo ni para el paciente ni para nosotros.*

Sobre la articulación con las prácticas tradicionales y los líderes comunitarios, E4 relata que ha empezado a asistir a reuniones comunales y a dialogar con sabios y parteras locales, aunque reconoce que esto ha sido iniciativa propia, no institucional.

---

[11] Dolencia atribuida a un impacto emocional/espiritual, tratada con rituales y medicina ancestral.

> *Yo he ido a reuniones, me he presentado, he escuchado. Algunos sabios me han explicado sus prácticas. Yo trato de no imponer. A veces les digo: 'podemos combinar esto con la pastilla', y algunos aceptan. Pero falta una política clara, protocolos, materiales que nos orienten. Todo lo que hago es intuitivo.*

Respecto a su percepción sobre el acceso a los servicios de salud intercultural, E4 señala que existe un centro de salud funcional, pero no siempre accesible para todos. Muchas personas siguen prefiriendo atenderse en casa, y quienes acuden lo hacen por necesidad, no siempre con confianza.

> *El centro está ahí, pero la gente no siempre viene. Algunos no confían, otros no entienden lo que les decimos, o temen que los regañemos por usar plantas. Siento que aún hay una brecha emocional, cultural. Si no se cierra desde el respeto, la gente no va a venir a tiempo.*

Finalmente, al ser consultado sobre qué cambios considera urgentes para mejorar el enfoque intercultural en salud, E4 es claro: formación desde la universidad, presencia de intérpretes, protocolos reales de articulación y reconocimiento a los agentes comunitarios.

> *Esto no se arregla con un afiche en quechua. Se necesita una transformación del sistema: formar profesionales que entiendan la diversidad, que valoren los saberes locales, que aprendan a trabajar con la comunidad, no para ella. Y también reconocer a las parteras, a los sabios, no como curiosidades, sino como parte del sistema.*

Este testimonio evidencia que los profesionales jóvenes que llegan al territorio con sensibilidad y voluntad pueden generar cambios importantes, pero también muestra los límites de un sistema que aún no ha institucionalizado la interculturalidad como política viva. La experiencia de E4 revela que la salud intercultural se aprende en el contacto humano, pero exige una transformación estructural que no puede depender únicamente del esfuerzo individual.

4.1.5 Entrevistado E5 – Técnico en salud, puesto de salud rural en Quispicanchi

La entrevista con E5, técnico en salud que labora desde hace ocho años en un puesto de salud ubicado en una comunidad altoandina de la provincia de Quispicanchi, permite visibilizar las dinámicas cotidianas de la atención primaria y el rol muchas veces invisibilizado de los técnicos en salud dentro del sistema. Su testimonio revela cómo, a pesar de las carencias estructurales y la falta de políticas claras, son los trabajadores de campo quienes sostienen el vínculo con la población mediante la cercanía, la adaptabilidad y, en muchos casos, la comprensión cultural adquirida a través de años de experiencia en terreno.

E5 comienza destacando que uno de los aspectos más difíciles de su trabajo es la distancia geográfica y el acceso limitado a las comunidades más alejadas, lo que complica tanto la atención regular como las campañas preventivas.

> *Tenemos comunidades donde hay que caminar dos o tres horas, con lluvia, con sol, y cargando las vacunas o los equipos. A veces llegamos y hay pocas personas, porque están en la chacra[12] o han salido. No siempre se puede avisar con tiempo. Y si no hablamos bien quechua, no nos entienden o no nos creen. Entonces hay que ganarse la confianza, poco a poco.*

Consultado sobre la presencia de prácticas de medicina tradicional en las comunidades, E5 confirma que siguen siendo centrales para la población, especialmente en lo que refiere a dolencias comunes, salud infantil y problemas emocionales.

> *La mayoría de la gente, sobre todo los mayores, primero se cura en casa. Con plantas, con mates, con baños. Y si no mejora, recién vienen. No lo ven como contradicción. Para ellos es natural. El problema es que algunos colegas creen que eso es ignorancia. Y no es así. Es su forma de entender la salud.*

E5 enfatiza que la interacción entre personal de salud y sabios tradicionales es esporádica y muy dependiente de las relaciones personales, ya que el sistema no establece mecanismos formales para esa articulación.

> *Aquí hay un curandero que es muy respetado. Yo lo saludo, conversamos. A veces me ha dicho: 'esta señora tiene susto[13], mejor que haga su limpia y después viene'. Yo no me opongo. Pero eso queda entre nosotros. El sistema no reconoce esa colaboración. No hay espacios para eso, ni tampoco pago, ni respeto institucional. Y eso es lo que falta.*

Respecto a la percepción de las comunidades sobre la atención de salud, E5 señala que varía mucho según el trato que reciben. La gente responde positivamente cuando siente que se le escucha, se le respeta, y se le permite participar de forma activa. Pero si hay imposición o maltrato, la desconfianza vuelve rápidamente.

> *Cuando uno habla en su idioma, los saluda bien, pregunta con calma, la gente responde. Nos abren sus casas, nos ofrecen algo. Pero si sienten que los miramos de arriba, ya no vuelven. A veces una mala experiencia con un médico o una enfermera hace que toda la comunidad se cierre.*

---

[12] Parcela agrícola familiar, base de la economía rural andina.

[13] Dolencia atribuida a un impacto emocional/espiritual, tratada con rituales y medicina ancestral.

Sobre las capacidades del personal para aplicar el enfoque intercultural, E5 menciona que, en su experiencia, todo depende de la sensibilidad personal, ya que no ha recibido formación específica ni hay materiales que orienten el trabajo desde esa perspectiva.

> *A mí nunca me capacitaron en interculturalidad. Aprendí escuchando, viendo, preguntando. Es más, los mismos comuneros me han enseñado. Yo hablo quechua, eso ayuda bastante. Pero no hay cartillas, ni talleres, ni protocolos claros. Solo dicen 'hay que respetar la cultura', pero no te enseñan cómo.*

También se abordó la efectividad de las campañas de salud en zonas rurales, y E5 fue crítico en señalar que, si no se adaptan al contexto, terminan fracasando o teniendo poco impacto.

> *Nos mandan desde la red que hagamos campañas de anemia, de vacunación, pero no nos dicen cómo hacerlo con enfoque cultural. Nos dan folletos en castellano, fechas que no siempre cuadran con la vida comunal, y formatos que la gente no entiende. Entonces hay que improvisar. Traducimos como podemos, buscamos apoyo del presidente o de los profesores. Pero así no se construye una campaña real. Debería haber materiales pensados desde la comunidad, no solo traducidos.*

Finalmente, E5 propone cambios estructurales, entre ellos: reconocimiento de los agentes tradicionales de salud, capacitación real y permanente para el personal de primer nivel, y participación comunitaria activa en la planificación de las actividades.

> *Si queremos que la salud funcione aquí, hay que escuchar a la comunidad, incluir a sus líderes, a sus sabios, a sus parteras. No solo para invitar a las campañas, sino para decidir juntas qué hacer, cómo hacerlo, cuándo hacerlo. Solo así se va a lograr confianza. Y cuando hay confianza, todo fluye mejor.*

Este testimonio muestra que los técnicos en salud son muchas veces el puente entre el sistema formal y la comunidad, y que su cercanía cultural y territorial puede ser un factor clave para la transformación hacia una salud verdaderamente intercultural. Sin embargo, también evidencia que la falta de respaldo institucional convierte ese esfuerzo en una carga personal, cuando debería ser parte de una política pública coherente y sostenida.

4.1.6 Entrevistado E6 – Psicóloga en centro de salud rural, región de Cusco

La entrevista con E6, psicóloga clínica con cinco años de experiencia en el primer nivel de atención en comunidades rurales de la región Cusco, aporta una mirada especializada sobre la salud mental en contextos interculturales. Su testimonio revela la complejidad de intervenir profesionalmente en un ámbito donde el sufrimiento psíquico se expresa con códigos distintos

a los aprendidos en la formación académica, y donde la relación entre cuerpo, espíritu y comunidad desafía las categorías de la psicología convencional.

Desde el inicio de la conversación, E6 remarca que la psicología tal como se enseña en las universidades urbanas no se corresponde con las formas en que el malestar es vivido, nombrado y tratado por las comunidades.

> *Cuando estudiamos psicología nos enseñan sobre depresión, ansiedad, estrés, trastornos. Pero aquí la gente no usa esas palabras. Hablan de 'susto[14]', 'mal de aire[15]', 'pena fuerte', 'quitar alma'. Y si tú les dices que tienen depresión, no lo entienden, o creen que estás hablando de otra cosa. Entonces, si no traduces tu conocimiento, si no aprendes su forma de nombrar el dolor, no puedes ayudar.*

Uno de los temas más recurrentes en su experiencia es la confusión diagnóstica entre trastornos mentales clínicos y malestares culturales o espirituales, que muchas veces son tratados por curanderos, rezadores o sabios locales, y no por el sistema de salud formal.

> *Yo he tenido casos de adolescentes con angustia, problemas familiares, incluso ideación suicida, pero cuando los traen, lo primero que dicen es que tiene 'susto'. Y a veces es cierto, desde su lógica. Entonces lo llevan primero donde el sabio, y recién después vienen al centro. Si uno no respeta eso, se rompe la relación. Yo no puedo decir que está mal. Tengo que preguntar: ¿cómo fue el susto?, ¿qué le pasó?, ¿qué sueño tuvo? Ahí se abre un espacio de confianza.*

Consultada sobre formación profesional en salud intercultural, E6 fue tajante: no existe preparación suficiente, ni en la universidad ni en el ámbito institucional.

> *En la universidad ni siquiera se hablaba de pueblos indígenas. Todo era desde la psicología urbana, occidental, con pruebas estandarizadas. Y aquí eso no sirve. No hay test validado para una mujer quechuahablante de 60 años que ha perdido a su esposo y dice que su alma se ha ido con él. Yo he tenido que aprender preguntando, leyendo cosas de antropología, hablando con curanderos. Pero eso no es parte del sistema, es iniciativa personal.*

Respecto a la aceptación de la medicina tradicional en el abordaje de la salud mental, E6 afirma que existe una enorme deuda del Estado, ya que los saberes espirituales y terapéuticos locales han sido históricamente deslegitimados, y no existe una política clara de articulación en el ámbito psicológico.

---

[14] Dolencia atribuida a un impacto emocional/espiritual, tratada con rituales y medicina ancestral.
[15] Dolencia causada por "malos vientos" o influencias espirituales, tratadas con rituales.

> *El sistema reconoce a medias las parteras, pero no reconoce a los sabios, a los curanderos que trabajan la salud del alma. Y eso es grave, porque aquí el sufrimiento es espiritual. La gente no dice 'me siento estresada', dice 'me he quedado sin alma', 'no tengo fuerza', 'tengo pena que se me ha metido'. Si no entendemos eso, el psicólogo se vuelve irrelevante.*

E6 relata que ha tenido experiencias de trabajo conjunto con sabios tradicionales, sobre todo en casos de adolescentes y mujeres en duelo, y que dichas experiencias han sido profundamente enriquecedoras.

> *Una vez atendí a una señora que había perdido a su hija en el parto. No hablaba, no comía, lloraba todo el día. La familia dijo que tenía 'pena metida'. Yo la visité con el sabio de la comunidad. Él hizo su ceremonia, yo estuve presente, y luego la acompañé con sesiones. Fue una sanación compartida. La señora mejoró. Pero eso no está en ninguna guía del MINSA. Fue algo que construimos en confianza.*

Sobre la presencia de programas de salud mental intercultural, E6 fue clara en señalar que no existe una política estructurada, y que las pocas iniciativas que se han desarrollado son locales, dependientes de proyectos externos o de profesionales con sensibilidad especial.

> *Hay algunos pilotos, algunas ONGs que han trabajado temas de salud mental en clave cultural, pero no hay una política nacional. Todo queda en experiencias aisladas. Y la salud mental es el área más abandonada. Si ya es difícil en Lima, imagínate aquí.*

Finalmente, E6 propone cuatro líneas claves para avanzar hacia una salud mental intercultural real: (1) formación desde pregrado, (2) incorporación formal de agentes tradicionales, (3) creación de protocolos adaptados, y (4) generación de espacios de escucha intercultural.

> *No basta con decir que respetamos la cultura. Hay que construir desde la cultura. Hacer psicología que hable quechua, que escuche sueños, que entienda el dolor del alma. Si no, solo hacemos diagnósticos vacíos.*

Este testimonio amplía el campo de análisis al evidenciar que la interculturalidad no es solo una cuestión clínica o médica, sino también emocional, simbólica y profundamente ligada a la cosmovisión. El trabajo de profesionales como E6 muestra que es posible articular saberes desde el respeto mutuo, pero que esto no puede seguir dependiendo del esfuerzo individual, sino convertirse en una política pública con rostro humano, lenguaje local y espiritualidad viva.

4.2 LAS VOCES DE COMUNEROS Y COMUNERAS

En este grupo se entrevistaron a cinco integrantes de comunidades indígenas y campesinas: una mujer quechuahablante, un anciano campesino, una joven recién madre, un curandero y un estudiante campesino.

4.2.1 Entrevistado C1 – Mujer quechuahablante, 58 años, comunidad altoandina en Canas (Cusco)

La entrevista con C1, mujer campesina de 58 años, quechuahablante monolingüe y residente en una comunidad de altura en la provincia de Canas, Cusco, permite acceder a una visión íntima y profunda sobre la relación entre las prácticas tradicionales de salud y el sistema oficial. Practicante activa de medicina ancestral, cuidadora familiar y usuaria ocasional del puesto de salud local, su testimonio refleja las tensiones, desconfianzas y resistencias que persisten, pero también las formas de adaptación y convivencia entre dos sistemas de sanación que coexisten en la vida cotidiana de muchas familias rurales.

Desde el inicio de la conversación, realizada con apoyo de un traductor comunitario, C1 remarcó que su conocimiento sobre el cuidado de la salud proviene de su madre y su abuela, ambas conocedoras de plantas medicinales y parteras tradicionales. Para ella, la salud no es un asunto individual ni solo del cuerpo, sino una cuestión comunitaria, espiritual y ligada al equilibrio con la naturaleza.

> *Yo he aprendido desde niña. Mi mamita me enseñó para qué sirve cada plantita. Cuando hay viento malo, se cura con wira wira. Cuando hay dolor de estómago, con muña. Si hay susto, hay que sahumar. Todo eso no está en papel, está en la memoria, en la práctica. La tierra nos da la medicina.*

Consultada sobre su relación con el centro de salud, C1 respondió que acude solo cuando la enfermedad es grave o cuando siente que no puede curarse en casa, pero que su primera opción sigue siendo el tratamiento tradicional. Su decisión se basa tanto en la confianza en sus saberes como en experiencias pasadas en las que se sintió poco comprendida o maltratada.

> *A veces vamos al centro. Pero no siempre nos entienden. Una vez llevé a mi hijo con fiebre, y me preguntaron si le había dado paracetamol. Yo dije que no, que le di eucalipto y manzanilla. Me miraron feo. Me dijeron que eso no sirve. Yo ya no hablé más. Sentí vergüenza. Entonces, si no me van a respetar, mejor me quedo en casa.*

Sobre las prácticas de salud que realiza en su familia, C1 mencionó que todas las dolencias

menores se tratan con plantas, baños, mates, sobadas o rituales, dependiendo del caso. Además, subraya que el cuidado es colectivo, y que muchas veces recurre a una sabia de la comunidad para casos más complejos, especialmente cuando se sospecha que el origen de la dolencia es espiritual.

> *Si un niño no duerme, no come, es que tiene susto. Ahí hay que hacer limpia. Si alguien se cae en el cerro, hay que hacer pago a la tierra*[16]*. El médico da pastilla, pero no cura el alma. Por eso hay que hacer las dos cosas, si se puede.*

Cuando se le preguntó si siente que sus prácticas son respetadas por el personal de salud, C1 fue directa:

> *Algunos sí, otros no. Una obstetra joven me preguntó cómo hacíamos el baño después del parto, y yo le enseñé. Me escuchó con respeto. Pero otros médicos dicen 'eso no sirve', y ya no quieren escuchar. A veces uno se siente como si fuera tonto. Por eso mucha gente ya no quiere ir al centro.*

Sobre el idioma, C1 remarcó que la mayoría del personal no habla quechua, y que eso es una de las principales razones por las que muchas personas mayores no acuden al centro de salud, especialmente las mujeres.

> *Mi mamá ya no va al centro. Dice que no entiende nada. Yo voy cuando es urgente, pero solo entiendo un poco. Sería bueno que hablen en nuestro idioma. Así sentiríamos que es para nosotros también.*

En relación con la posibilidad de integrar las prácticas tradicionales en el centro de salud, C1 expresa una esperanza mesurada. Le gustaría que los sabios y sabias de la comunidad sean invitados, reconocidos y escuchados por el sistema, pero teme que eso no ocurra porque no son vistos como "profesionales".

> *Sería bonito que haya un lugar para nuestras plantas, que la partera pueda entrar, que el sabio pueda decir su palabra. Pero no sé si nos van a tomar en serio. Siempre piensan que lo de ellos es mejor. Pero la gente de aquí también sabe. Solo que no tenemos diploma.*

Al final de la entrevista, C1 expresó que no está en contra del centro de salud, pero que sueña con una atención que combine lo moderno y lo ancestral, y que respete la lengua, la espiritualidad y la experiencia de su pueblo.

---

[16] Ceremonia de ofrenda a la Pachamama para restablecer el equilibrio espiritual.

> *Nosotros no rechazamos la medicina del centro. Solo pedimos que nos escuchen. Que nos respeten. Que no nos traten como ignorantes. Así, entre todos, se puede sanar mejor.*

Este testimonio pone de manifiesto que, para muchas mujeres campesinas, la salud es una práctica profundamente relacional, que involucra cuerpo, comunidad, territorio y memoria. La desconfianza hacia el sistema de salud no se basa en ignorancia, sino en experiencias concretas de incomprensión, invisibilización y exclusión. Sin embargo, también muestra que existe disposición a dialogar, a aprender y a construir puentes, siempre que el respeto sea mutuo y la escucha sea real.

4.2.2 Entrevistado C2 – Varón, 72 años, agricultor, comunidad altoandina en Acomayo (Cusco)

La entrevista con C2, agricultor de 72 años, quechuahablante, con historia de hipertensión y atención periódica en el centro de salud de su distrito, permitió conocer cómo los adultos mayores campesinos perciben y combinan las formas tradicionales y modernas de atención a la salud. Su relato está marcado por la sabiduría popular, el respeto a los ciclos de la naturaleza, la experiencia del trabajo físico, y también por las dificultades que implica envejecer en un entorno de pobreza estructural y acceso limitado a servicios especializados.

C2 inicia la conversación ubicando su experiencia desde el trabajo en la chacra, que ha sido según sus propias palabras su “escuela y medicina” durante toda la vida.

> *Yo he vivido del campo. Desde niño trabajo la tierra, crío mis animales, hago mis alimentos. Eso es lo que me ha hecho fuerte. El cuerpo se acostumbra al frío, al sol, a la caminata. Pero también se gasta. Ya mis huesos duelen, ya no escucho bien. Pero sigo, porque la tierra te enseña a no rendirte.*

Respecto a la salud, C2 explica que toda su vida ha usado plantas medicinales y remedios caseros, y que solo desde hace unos años, por recomendación de su hija, empezó a ir al centro de salud para controlarse la presión.

> *Nosotros siempre hemos curado con muña, marco, ruda, eucalipto. Para el pecho, para la barriga, para el frío. Así nos ha enseñado la abuela. Pero cuando me dio mareo fuerte, mi hija me llevó al centro. El doctor me dijo que tenía presión. Desde ahí tomo pastillas. Pero también sigo tomando mi mate. Yo combino los dos.*

Cuando se le preguntó por su experiencia en el centro de salud, C2 expresó que valora que lo

atiendan, pero también siente que hay poca paciencia con los adultos mayores y que muchas veces no se entiende lo que quieren decir.

> *Los jóvenes doctores no entienden cuando uno habla en quechua. A veces no te escuchan bien. Dicen 'tome esto' y ya. Pero nosotros necesitamos más explicación, más tiempo. A veces uno se queda con dudas. Pero igual agradezco que me atiendan. La pastilla me ha ayudado.*

Sobre su percepción del sistema de salud, C2 se muestra agradecido, pero también crítico. Siente que la atención no siempre es adecuada para los mayores, y que la sabiduría tradicional no es tomada en cuenta, pese a que ha demostrado ser efectiva en muchos casos.

> *Mi esposa cura con hierbas. Ha ayudado a muchos niños con empacho, ha hecho baños para el mal de ojo. Pero nadie la llama al centro. Nadie le paga. Solo la comunidad la respeta. Los doctores no preguntan cómo curábamos antes. Solo dicen 'eso no sirve'. Pero nosotros hemos vivido sanos con eso muchos años.*

Consultado sobre si le gustaría que las autoridades del centro de salud trabajaran más con los sabios de la comunidad, C2 responde sin dudar.

> *Sí, sería bueno. Así la gente confiaría más. A veces el doctor da miedo, porque uno no entiende todo lo que dice. Pero si está la partera, el curandero, el sabio, uno se siente acompañado. Y se puede sanar con fe también.*

Sobre el acceso a los servicios, C2 explica que muchas personas no acuden al centro por vergüenza, por el idioma, o porque sienten que serán juzgadas.

> *Hay gente que no va porque no habla castellano. Tienen miedo que les griten, que no los escuchen. O piensan que los van a inyectar rápido. Por eso prefieren quedarse en casa. O ir donde el sabio. Si el doctor viniera a las casas, o hablara más despacio, sería mejor.*

Finalmente, C2 reflexiona sobre la relación entre salud y justicia, dejando una frase que resume la demanda de muchas comunidades rurales: ser escuchados y respetados.

> *Nosotros no pedimos que nos regalen cosas. Solo pedimos respeto. Que escuchen nuestra palabra, que valoren nuestro saber. También queremos vivir sanos, como todos. Pero a nuestra manera.*

Este testimonio revela que la interculturalidad en salud no es solo una cuestión de técnicas o conocimientos, sino una cuestión de dignidad y reconocimiento. La experiencia de C2 muestra que los comuneros mayores han desarrollado sistemas de cuidado efectivos y culturalmente

significativos, pero que la modernización del sistema de salud no ha sabido incluir esa sabiduría como parte legítima de su estructura. Escuchar a los mayores no es solo un acto de respeto: es una estrategia esencial para construir salud con raíces y con futuro.

4.2.3 Entrevistado C3 – Mujer joven, 26 años, madre reciente, comunidad campesina en Paucartambo (Cusco)

La entrevista con C3, comunera de 26 años, madre de dos hijos, quechuahablante y residente en una comunidad de la provincia de Paucartambo, Cusco, pone en evidencia la compleja relación entre las mujeres jóvenes campesinas y el sistema de salud. A través de su relato, es posible observar que, si bien hay avances en la cobertura de los servicios de salud materna, el trato, la comprensión cultural y la autonomía en el proceso de parto siguen siendo fuentes de conflicto y desconfianza.

C3 comienza narrando que, durante su segundo embarazo, decidió acudir regularmente al centro de salud por recomendación de una obstetra que visitó la comunidad.

> *La obstetra vino a la asamblea comunal. Habló con todas nosotras. Nos explicó sobre los controles, los riesgos. Me pareció buena su manera de hablar, no gritaba. Entonces decidí ir. Quería que mi bebé nazca bien.*

Durante los primeros controles, se sintió bien atendida, pero al acercarse el momento del parto, comenzaron las tensiones, especialmente por su deseo de parir en posición vertical, como aprendió de su madre y como muchas mujeres de su comunidad han hecho tradicionalmente.

> *Yo dije que quería parir parada, agarrada de mi soga, como hizo mi mamá. La obstetra me dijo que sí, que podía. Pero cuando llegó el momento, había otro médico. Él no aceptó. Me dijo que eso no era seguro, que tenía que acostarme. Yo no quería, pero tenía miedo. Me gritó. Me sentí humillada. Parí llorando.*

Ese momento dejó una marca emocional profunda. Aunque su bebé nació sano, la experiencia fue vivida como una imposición, un momento de fragilidad donde se perdió la posibilidad de ejercer su derecho a decidir sobre su propio cuerpo y su cultura.

> *No era solo dolor físico. Era tristeza, impotencia. Sentí que no me escucharon. Yo quería que mi mamá estuviera, que me dé su mate caliente, que me sobara. Pero no dejaron entrar a nadie. Me sentí sola.*

Consultada sobre si volvió al centro de salud después del parto, C3 responde que fue solo una vez para el control del recién nacido, pero que luego prefirió atenderse con la partera de la comunidad, porque sentía más confianza.

> *La partera me entendía. Me daba plantas, me enseñó cómo cargar al bebé, cómo cuidarme. Ella me escuchó. No me juzgó. En cambio en el centro de salud, me hablaron rápido, no me explicaron bien. Me sentí apurada.*

Sobre el trato del personal, C3 señala que depende mucho de quién esté de turno. Algunas profesionales muestran respeto y calidez; otras, según sus palabras, "te miran como si no supieras nada".

> *Una enfermera me habló bonito, en quechua, me explicó bien sobre la lactancia. Pero otra me dijo que dejar las plantas era mejor, que eso era peligroso. Yo me quedé callada. No me gusta discutir, pero me dolió. Esas plantas me ayudan desde niña.*

En relación con el idioma, C3 subraya que muchas jóvenes sí entienden castellano, pero las mujeres mayores no, y que eso genera miedo y silencio en los centros de salud.

> *Mi mamá no va. Dice que se confunde. A veces las señoras se callan por vergüenza. Solo dicen 'sí' a todo, pero no entienden bien. Si los doctores hablaran más despacio, o si hubiera una traductora, sería diferente.*

Finalmente, C3 expresa que sí quiere usar el centro de salud, porque valora el conocimiento médico y las atenciones que se ofrecen, pero que espera que en el futuro se pueda hacer un verdadero trabajo conjunto con las parteras, las madres y los saberes ancestrales.

> *Yo no estoy en contra del hospital. Sé que puede salvar vidas. Pero también quiero que se respete mi cultura, mis decisiones, mi cuerpo. No somos ignorantes. Solo queremos que nos escuchen con respeto. Así sería mejor para todas.*

Este testimonio muestra con fuerza cómo la atención en salud materna sigue siendo un terreno de disputa intercultural, donde el cuerpo de la mujer campesina es muchas veces territorio de imposición institucional, pese a los avances en políticas de parto vertical o pertinencia cultural. La voz de C3 es clara: la interculturalidad no se decreta, se construye en cada acto de cuidado y para ello, es necesario un sistema que reconozca, legitime y acompañe las prácticas ancestrales con respeto y sensibilidad.

4.2.4 Entrevistado C4 – Sabio tradicional (curandero), 68 años, comunidad quechua en Calca (Cusco)

La entrevista con C4, sabio tradicional de 68 años, reconocido como curandero y guía espiritual en su comunidad del Valle Sagrado de los Incas, en la provincia de Calca, aporta una perspectiva esencial sobre el sistema de salud andino, el papel de los curanderos en el cuidado de las personas, y la relación a menudo conflictiva con el sistema oficial de salud. Con más de cuatro décadas de práctica, C4 ha atendido desde partos hasta enfermedades emocionales y rituales de protección, basando su trabajo en el conocimiento transmitido por sus ancestros y en una conexión íntima con la naturaleza y los espíritus protectores del territorio.

Desde el inicio de la conversación, C4 deja claro que su labor no es solo curativa, sino también espiritual, simbólica y colectiva. Para él, la salud no puede separarse de la armonía con la Pachamama, los Apus y el alma de la persona.

> *Cuando una persona enferma, no solo es el cuerpo. Es el espíritu, es el vínculo con la tierra. A veces hay enfermedad porque se ha faltado respeto al cerro, porque el alma se ha asustado, porque ha habido un mal viento. Nosotros trabajamos con plantas, con rezos, con sahumerios. No somos brujos. Somos sabios. La medicina viene de la tierra, no solo del hospital.*

Consultado sobre su relación con el centro de salud del distrito, C4 explica que nunca ha sido invitado formalmente a colaborar, aunque muchas veces atiende a personas que ya fueron al médico y no mejoraron.

> *La gente viene cuando el doctor no les ha podido curar. Me dicen: 'tata, ya me han dado pastillas, pero sigo mal'. Entonces yo pregunto, observo, hago la limpia, doy el mate, veo el sueño. A veces es susto, a veces hay que hacer pago a la tierra. Después mejoran. Pero los doctores no nos creen. No nos respetan. No nos llaman. Y eso duele.*

C4 relata que, años atrás, intentó acercarse a una campaña de salud organizada por el centro de salud local, pero fue ignorado por los organizadores, quienes lo trataron con desconfianza.

> *Fui con mi bolsita de plantas, quería enseñar, compartir. Pero me miraron raro. Dijeron que eso no estaba permitido. Me sentí rechazado. Desde entonces ya no voy. Solo si me llaman directamente las familias.*

Sobre el tipo de dolencias que trata, C4 detalla que atiende con frecuencia a niños con empacho, personas con susto, mujeres en duelo, partos sencillos, y dolores del alma, así como limpias

espirituales para familias que enfrentan problemas reiterativos.

> *La enfermedad no siempre tiene causa física. A veces es el alma que se ha ido. Hay que llamarla, hacer ceremonia. A veces hay energía mala en la casa. Hay que sahumar. Eso no lo ve el microscopio, pero existe. La gente lo sabe. Por eso vienen.*

Consultado sobre si le gustaría colaborar con el centro de salud, C4 responde que sí, pero solo si hay respeto mutuo y reconocimiento real, no solo invitación decorativa o para campañas simbólicas.

> *Yo no quiero que me usen solo para la foto. Quiero que reconozcan que nosotros también sabemos. Que hemos curado antes que llegue el hospital. Si quieren trabajar conmigo, yo estoy dispuesto. Pero con respeto. Que escuchen, que aprendan también. Porque la medicina no es solo de la universidad.*

Al preguntarle por su visión sobre la medicina moderna, C4 responde con sabiduría y sin confrontación. Reconoce su valor, pero insiste en que no es la única forma válida de curar.

> *El hospital también cura, sí. Para operaciones, para infecciones fuertes, está bien. Pero no es suficiente. Porque no cura el alma. Y sin alma, no hay salud. La persona se apaga. Por eso yo digo: los dos sistemas pueden trabajar juntos, pero sin desprecio. Cada uno tiene su fuerza.*

Este testimonio es una pieza clave para comprender que la interculturalidad en salud no puede limitarse a la tolerancia institucional hacia prácticas tradicionales, sino que exige un reconocimiento epistémico y político del saber ancestral como conocimiento válido, profundo y vigente. C4 no solo encarna la memoria viva de una medicina milenaria, sino que revela que la salud es también una relación sagrada con el territorio, el espíritu y la comunidad. Escuchar su voz no es un gesto de inclusión: es una condición para una verdadera transformación del sistema de salud.

4.2.5 Entrevistado C5 – Joven varón, 20 años, estudiante y agricultor, comunidad en La Convención (Cusco)

La entrevista con C5, joven comunero de 20 años, nacido y criado en una comunidad quechua de la provincia de La Convención, Cusco, permite explorar la percepción de los jóvenes frente a la medicina tradicional, el sistema de salud formal y los cambios culturales que se viven al interior de las comunidades andinas. Su testimonio revela una tensión latente entre el respeto por los saberes heredados y la influencia creciente de la educación formal, los medios de

comunicación y el discurso médico oficial.

Actualmente, C5 combina sus estudios en un instituto técnico con el trabajo agrícola junto a su familia, y participa activamente en espacios comunales juveniles.

Desde el inicio de la conversación, se mostró respetuoso de la medicina tradicional, aunque reconoció que su generación no la valora del mismo modo que los mayores.

> *Yo he crecido viendo a mi abuela curar con plantas, hacer mates, baños. Cuando me enfermaba, me daban eucalipto, muña, marco. Pero ahora ya casi no usamos eso. Los jóvenes preferimos ir al centro de salud. Nos parece más rápido, más moderno. Aunque a veces, si no hay plata o si no hay atención, sí volvemos a lo tradicional.*

Consultado sobre cómo perciben sus compañeros la medicina ancestral, C5 explicó que hay una mezcla de respeto y distancia, producto de los discursos aprendidos en la escuela y en los medios.

> *En el colegio nos enseñan que la ciencia es lo más importante. Y en la televisión, en internet, todo es pastilla, hospital. Entonces algunos piensan que las plantas ya no sirven. Yo no estoy de acuerdo. Creo que hay cosas que curan de verdad. Pero falta información. Nos dicen que las plantas pueden ser peligrosas, pero no explican por qué.*

Sobre su experiencia con el centro de salud, C5 se muestra satisfecho en términos generales, pero también señala que hay falta de personal joven y cercano a los códigos culturales de la comunidad, lo que genera cierta distancia.

> *Cuando voy al centro, me atienden bien, pero rápido. Todo es apurado. A veces el doctor no habla quechua, o no entiende por qué tomamos tal o cual cosa. Yo entiendo, porque he estudiado un poco. Pero mi abuelo no. Él se queda callado. Entonces siento que hay una barrera. Sería bueno que haya personal que conozca nuestra cultura.*

Uno de los temas que más le preocupa es la pérdida de conocimiento tradicional, especialmente entre los jóvenes, y la falta de espacios donde aprenderlo o compartirlo de forma valorada.

> *Antes la gente sabía mucho. Qué planta para qué, cómo preparar, cuándo sembrar. Ahora los jóvenes ya no aprenden. Yo mismo solo sé unas cuantas. Y nadie nos enseña. Debería haber talleres, encuentros con sabios, pero no hay. Parece que solo importa lo de afuera.*

Consultado sobre si le gustaría que el sistema de salud integrara más la medicina tradicional,

C5 respondió afirmativamente, aunque subraya que para eso se necesita formación intercultural desde temprana edad y una actitud abierta por parte del personal de salud.

> *Sería bonito que trabajen juntos. Que en el centro de salud también se pueda preguntar sobre plantas, o que la partera esté ahí. Pero también necesitamos aprender. Si solo se deja como algo del pasado, se va a perder. La interculturalidad no es solo respetar. Es compartir, enseñar, aprender desde los dos lados.*

Finalmente, C5 dejó un mensaje esperanzador, afirmando que las nuevas generaciones sí están dispuestas a dialogar entre lo tradicional y lo moderno, siempre que se les reconozca como actores con voz y capacidad de decisión.

> *Yo quiero que en el futuro haya una salud que no se pelee con nuestra cultura. Que podamos tener doctores, pero también sabios. Que no se rían de nuestras creencias. Que no tengamos que elegir entre la pastilla y la planta. Que podamos tener las dos. Eso sería justo.*

Este testimonio refleja que la juventud campesina no está desvinculada de su cultura, sino inmersa en un proceso de negociación constante entre los saberes heredados y las nuevas formas de conocer, curar y comunicarse. C5 encarna ese tránsito, y su voz señala un camino: la interculturalidad no es solo respeto al pasado, sino un proyecto colectivo de futuro.

4.3 LAS AUTORIDADES COMUNALES

Se entrevistó a tres autoridades comunales: un presidente de una comunidad campesina, un secretario de una organización comunal y un responsable de un comité de salud comunal de una comunidad campesina.

4.3.1 Entrevistado P1 – Varón, 47 años, presidente de comunidad campesina, provincia de Paruro (Cusco)

La entrevista con P1, presidente de una comunidad campesina de altura en la provincia de Paruro, Cusco, aporta una perspectiva clave sobre el rol de las autoridades comunales en la gestión de la salud en contextos rurales e interculturales. Con una trayectoria de liderazgo reconocida por su comunidad y experiencia directa en coordinación con el centro de salud del distrito, P1 reflexiona sobre las fortalezas, carencias y desafíos del sistema, tanto desde su rol político como desde su identidad comunal.

Desde el inicio de la conversación, P1 subrayó que uno de los principales problemas que enfrentan las comunidades es la falta de articulación efectiva entre el Estado y la organización comunal en temas de salud.

> *Muchas veces nos llegan las campañas de salud sin avisar, sin coordinación. El personal llega, pone su carpa, hace las atenciones, pero no conversa con la comunidad. No se informa bien. No pregunta qué día es asamblea, o si hay faena. Entonces la gente no va, y luego dicen que no participamos. Pero no es así. Falta coordinación desde el inicio.*

Consultado sobre la relación entre el sistema de salud y los saberes tradicionales, P1 fue directo: no existe una política clara de integración, y muchas veces los profesionales de salud desconfían o subestiman el conocimiento local.

> *Aquí tenemos curanderos, parteras, sabios. La gente confía en ellos. Pero en el centro de salud no los reconocen. No los llaman. No los respetan. Solo quieren aplicar lo que han aprendido en la universidad. Pero no todo está en los libros. También hay sabiduría en las vivencias. Nosotros quisiéramos que se trabaje con los dos saberes, pero eso no ocurre.*

Sobre las barreras de acceso, P1 menciona varios factores: la distancia, la pobreza, el idioma y el trato.

> *Hay familias que viven lejos, y no pueden venir al centro porque no hay movilidad. O no tienen dinero para el pasaje. También hay señoras que no hablan castellano, y se sienten mal cuando no las entienden o las tratan con apuro. Por eso prefieren curarse en casa. El idioma es una barrera grande. Si el personal hablara quechua, habría más confianza.*

Al preguntarle sobre el nivel de participación de la comunidad en las decisiones sobre salud, P1 reconoció que es mínima. Aunque a veces se hacen reuniones informativas, no existe un espacio donde la comunidad pueda proponer, fiscalizar o co-gestionar los servicios.

> *Nosotros queremos participar, no solo escuchar. Queremos decir qué necesitamos, qué prácticas queremos que se respeten, cómo se puede mejorar la atención. Pero casi nunca nos preguntan. Todo viene ya decidido desde arriba. Eso desanima. La gente siente que su palabra no vale.*

Uno de los puntos más críticos fue su opinión sobre las políticas públicas. Según P1, si bien existen normas como el Decreto Supremo 016-2016-SA, en la práctica no se cumple porque no hay presupuesto ni monitoreo.

> *Sí, hemos escuchado del decreto. Lo mencionaron en una capacitación. Pero aquí no hay implementación real. No hay materiales en quechua, no hay intérpretes, no hay protocolos distintos. Entonces es letra muerta. Solo en papeles.*

P1 también expresó su preocupación por la falta de personal estable, lo cual genera desconfianza y discontinuidad.

> *Cada año cambian al médico, a la obstetra. Vienen jóvenes, no conocen la zona, no conocen nuestra cultura. Algunos se esfuerzan, otros solo quieren cumplir. Eso no ayuda. Queremos que haya personal comprometido, que se quede, que conozca nuestra forma de vivir.*

Finalmente, P1 propone que el Estado reconozca oficialmente a los agentes tradicionales de salud y que los centros de salud trabajen de manera articulada con las comunidades, no solo de forma operativa, sino como espacios de diálogo, confianza y reciprocidad.

> *Nosotros no estamos en contra del hospital. Queremos que funcione bien. Pero también queremos que respeten nuestras costumbres, nuestras plantas, nuestras palabras. Si el sistema no reconoce eso, siempre va a haber desconfianza. La interculturalidad se hace en la práctica, no solo en los libros.*

Este testimonio evidencia que los líderes comunales tienen claridad sobre las limitaciones del sistema de salud y que existe una demanda concreta por una participación más activa, un trato digno y una integración real de los saberes ancestrales. P1 no solo representa la voz organizativa de la comunidad, sino también la posibilidad de una articulación institucional más equitativa, legítima y culturalmente pertinente.

4.3.2 Entrevistado P2 – Secretario de organización comunal, varón, 39 años, comunidad en Ocongate (Cusco)

La entrevista con P2, secretario de organización de una comunidad campesina del distrito de Ocongate, revela una perspectiva esencial sobre la forma en que las comunidades andinas gestionan colectivamente los temas de salud, los cuidados, y la interacción con el Estado, a través de sus propias estructuras organizativas. Su función dentro de la directiva incluye la coordinación de faenas, el enlace con instituciones externas, y el seguimiento a los acuerdos comunitarios relacionados con desarrollo y bienestar.

Desde el inicio, P2 aclara que, aunque no ocupa un cargo político como presidente o teniente gobernador, su rol en la organización comunal es de vigilancia, mediación y acompañamiento,

lo que le permite observar cómo se da o no se da la participación comunal en los servicios de salud.

> *Mi trabajo es ver que las cosas se cumplan, que la comunidad esté informada, y que las decisiones se respeten. Cuando hay reunión con el centro de salud o alguna campaña, yo aviso a la gente. Pero también digo cuando no se ha hecho bien. No somos solo asistentes, somos parte del territorio. Queremos respeto, no órdenes.*

Consultado sobre cómo evalúa la relación entre el centro de salud y la comunidad, P2 señala que existe una relación funcional, pero no participativa, y que muchas decisiones llegan ya elaboradas, sin diálogo previo.

> *Nos llaman cuando ya todo está decidido: fecha, lugar, tema. Solo nos piden que avisemos. Pero nunca nos preguntan si ese día hay faena, si la gente está ocupada, o si entendemos lo que se va a hacer. Eso no es trabajar juntos. Es usar a la comunidad como si fuera solo mano de obra.*

Respecto a la incorporación de saberes ancestrales en las actividades de salud pública, P2 es crítico. Afirma que las campañas suelen ignorar el conocimiento local, y que muchas veces se minimiza el valor de las prácticas tradicionales.

> *Nosotros tenemos nuestras formas de curar, nuestras plantas, nuestras parteras. Pero eso no se toma en cuenta. Vienen con afiches, con pastillas, con charlas en castellano, y ya. No nos preguntan cómo curamos aquí, qué sabemos, qué creemos. Por eso la gente no va, o va por obligación. No hay respeto al conocimiento de la comunidad.*

Uno de los aspectos más importantes en su testimonio es la mención a la autonomía organizativa de la comunidad, y cómo esta se ve afectada cuando las instituciones del Estado no reconocen los mecanismos comunales de decisión.

> *En la comunidad tenemos nuestros tiempos, nuestras formas. Hacemos asambleas, tomamos acuerdos. Pero cuando viene una institución, no respeta eso. No se presenta ante la directiva, no pide palabra. Solo quiere ejecutar. Eso rompe el equilibrio. Por eso exigimos que todo pase por la organización.*

Sobre la percepción de la comunidad hacia el personal de salud, P2 reconoce que hay respeto cuando el trato es amable, cercano, y cuando el profesional se involucra, pero también hay desconfianza cuando se impone una lógica técnica sin sensibilidad.

> *Los que vienen y se quedan, los que aprenden a hablar quechua, los que saludan con cariño, se ganan el respeto. Pero los que solo quieren cumplir horario, llenar papeles*

> *y dar charlas como en la ciudad, no son bien vistos. La salud no es solo medicina. Es relación, es palabra, es acompañamiento.*

Finalmente, P2 propone que el sistema de salud no solo capacite a su personal, sino que también reconozca oficialmente a la organización comunal como actor legítimo en la gestión de la salud, con voz y voto.

> *La comunidad no es solo un lugar donde se va a atender. Es sujeto. Tiene saberes, tiene gobierno, tiene estructura. Si el Estado quiere hacer salud intercultural, tiene que empezar por ahí. Reconocer a la comunidad como autoridad, no como beneficiaria.*

Este testimonio evidencia que, incluso desde posiciones que no son de poder formal, los líderes comunales cumplen un rol central en la defensa del territorio, el tejido social y la dignidad cultural de sus pueblos. P2 nos recuerda que la interculturalidad no puede existir sin organización comunitaria, y que cualquier política pública que no parta de este principio está condenada a fracasar en su implementación real.

4.3.3 Entrevistado P3 – Responsable del comité de salud comunal, varón, 44 años, comunidad campesina en Canchis (Cusco)

La entrevista con P3, responsable del comité de salud en una comunidad quechua de la provincia de Canchis, Cusco, ofrece una visión práctica y territorialmente situada sobre cómo las comunidades campesinas organizan su participación en el ámbito de la salud. Su rol consiste en coordinar con el personal del centro de salud, canalizar necesidades, organizar turnos comunitarios para faenas y acompañar casos críticos de vecinos enfermos. Este liderazgo, aunque a menudo invisible en la lógica estatal, es esencial para el funcionamiento efectivo del sistema de salud rural.

Desde el inicio de la conversación, P3 destacó que su labor es voluntaria, no remunerada, pero reconocida por la comunidad como parte del compromiso con el bien común.

> *Yo no gano nada por este cargo. Pero mi comunidad me ha elegido, y yo acepto con responsabilidad. Estar en el comité de salud no es fácil. Hay que estar atento, acompañar a las familias, hablar con los doctores. A veces recibimos quejas, otras veces pedidos. Somos como un puente.*

Consultado sobre la relación con el centro de salud local, P3 señala que existe comunicación

regular, pero con muchas limitaciones: falta de personal, rotación constante, escasa planificación y poca apertura para integrar propuestas desde la comunidad.

> *A veces nos avisan bien. Coordinamos para las campañas, para las vacunas. Pero otras veces cambian de personal, y ya no hay confianza. El nuevo doctor no conoce la comunidad, no sabe el quechua, y todo se enfría. Cuando eso pasa, la gente no quiere ir al centro.*

Uno de los temas recurrentes en su labor es la queja de las familias por el trato distante o poco respetuoso en el centro de salud, sobre todo hacia personas mayores o quechuahablantes.

> *Me han contado señoras que fueron por su control, pero no entendieron lo que les dijeron. El doctor no explica bien, o no tiene paciencia. A veces ni saluda. Entonces la gente dice: 'mejor me curo en casa'. Yo hablo con los doctores, les digo que deben escuchar más, hablar bonito. Pero no siempre hacen caso.*

Respecto a las prácticas de salud tradicionales, P3 afirma que siguen vivas en la comunidad, pero que no son tomadas en cuenta por el sistema formal, salvo en actos simbólicos.

> *Aquí usamos plantas, baños, pagos a la tierra. Las parteras siguen atendiendo partos. Pero en el centro no hay espacio para eso. A veces en la campaña llaman a una señora para que muestre las plantas, pero después no la invitan más. No hay continuidad. No es verdadero respeto.*

P3 cuenta que han intentado proponer iniciativas para fortalecer el trabajo conjunto entre sabios tradicionales y personal médico, pero que no han sido escuchados por la microred de salud.

> *Queríamos que se incluya a nuestras parteras en las reuniones del centro. Que les den una pequeña capacitación, que trabajen juntas. Pero no se pudo. Nos dijeron que no está en el reglamento. ¿Entonces cómo hacemos interculturalidad si no se puede cambiar nada?*

También menciona que la comunidad ha solicitado intérpretes quechuahablantes y materiales educativos adecuados, pero que las respuestas han sido formales y sin efecto.

> *Pedimos que haya al menos una persona que traduzca, sobre todo para las campañas grandes. Nos dijeron que no hay presupuesto. Pedimos cartillas en quechua. Dijeron que están 'en elaboración'. Todo se queda en trámite.*

P3 reconoce que hay profesionales sensibles y comprometidos, pero que no existe un sistema que garantice continuidad, pertenencia cultural ni participación efectiva.

> *Hay doctores que sí escuchan, que participan en las asambleas, que visitan las casas. Pero cuando se van, todo vuelve a cero. Necesitamos un sistema que no dependa solo de las personas. Que tenga normas claras, recursos, y respeto a nuestras autoridades.*

Finalmente, P3 propone que el sistema de salud reconozca de forma oficial los comités de salud comunales y trabaje con ellos desde el diseño, la implementación y la evaluación de los servicios, no solo como aliados logísticos, sino como sujetos de conocimiento y autoridad territorial.

> *Nosotros no solo estamos para llevar gente a la campaña. También podemos opinar, proponer, evaluar. Conocemos a nuestra gente, sabemos lo que necesita. Si quieren hacer salud con la comunidad, primero tienen que caminar con la comunidad.*

Este testimonio muestra que la participación comunal organizada en salud ya existe, pero que no ha sido plenamente reconocida ni articulada por el sistema estatal. El caso de P3 deja claro que la interculturalidad real exige participación estructural, no solo presencia decorativa. Escuchar a los comités de salud es escuchar a la comunidad misma.

4.4 LOS ESPECIALISTAS

En este segmento, se entrevistó a cuatro especialistas: Un antropólogo médico a cargo del área de salud intercultural en la Dirección Regional de Salud de Cusco; Una profesora e investigadora de una universidad pública de Cusco, médica de formación y doctora en antropología médica; Una profesora de derechos humanos y un profesor de derecho civil, ambos de una universidad privada en Cusco.

4.4.1 Entrevistado S1 – Funcionario técnico en salud intercultural, Diresa Cusco

La entrevista con S1, profesional en antropología médica y actual responsable del componente de salud intercultural en la Dirección Regional de Salud (Diresa) Cusco, permite conocer la perspectiva institucional sobre el desarrollo, implementación y desafíos del enfoque intercultural en la región andina. Su experiencia combina el trabajo técnico normativo con el acompañamiento de procesos en territorio, lo que ofrece una visión equilibrada entre lo planificado y lo vivido.

S1 comienza resaltando que la interculturalidad en salud no es una política nueva, pero sí una que ha avanzado de forma desigual, dependiendo mucho del compromiso político de cada

gestión y del personal operativo de campo.

> *El Perú tiene desde hace años un marco normativo sólido, desde la Ley de Medicina Tradicional hasta el Decreto Supremo 016-2016-SA. Pero entre el papel y la práctica hay una distancia. Hemos tenido avances importantes, como la incorporación del parto vertical, los servicios amigables, algunos espacios de diálogo. Pero seguimos enfrentando una estructura vertical, monocultural y muy centralizada.*

Consultado sobre la situación específica en Cusco, S1 explica que la región tiene potencial por su riqueza cultural y organizativa, pero que también enfrenta desafíos estructurales: brechas de acceso, déficit de personal bilingüe, rotación de Serums y baja inversión.

> *Cusco es un laboratorio natural para la salud intercultural. Hay comunidades activas, sabios reconocidos, mujeres organizadas. Pero muchas veces las decisiones vienen de Lima, sin entender el contexto local. Y en los establecimientos, no hay intérpretes, no hay tiempo para atender con sensibilidad. Entonces el enfoque intercultural queda relegado.*

Uno de los problemas recurrentes, según S1, es que la interculturalidad sigue entendiéndose como algo decorativo o anecdótico, y no como una transformación profunda del modelo de atención.

> *En algunos centros ponen un afiche en quechua o hacen una ceremonia simbólica, pero no hay cambios reales en la escucha, en el trato, en la participación de los agentes comunitarios. La interculturalidad no es solo respetar la cultura del otro. Es cuestionar tu propio sistema de saberes y abrirte al diálogo.*

Consultado sobre la articulación con los sabios tradicionales, S1 reconoce que existen esfuerzos locales, pero sin marco legal ni presupuestal que garantice su sostenibilidad.

> *Hay experiencias hermosas: centros de salud que trabajan con parteras, curanderos que colaboran en casos psicosomáticos. Pero todo depende de la voluntad de las personas. No hay contratos, no hay pago, no hay reconocimiento formal. Mientras eso no cambie, siempre será algo frágil.*

Sobre la capacitación del personal de salud, S1 afirma que la formación intercultural es escasa y superficial, tanto en pregrado como en servicio.

> *Los profesionales salen de las universidades sin haber tenido un solo curso sobre cosmovisión andina, espiritualidad, salud tradicional. Luego llegan a las comunidades y se enfrentan a realidades que no comprenden. Y el sistema no los prepara. Hacemos talleres, sí, pero no es suficiente. Falta una política nacional de formación en salud intercultural.*

Respecto a las posibilidades de avanzar, S1 menciona como clave la creación de equipos territoriales interculturales, la inclusión de intérpretes comunitarios y la implementación de presupuestos específicos para este enfoque.

> *Mientras no haya recursos humanos formados, no se institucionalicen los saberes comunitarios, y no se involucre a las organizaciones indígenas en la planificación, no vamos a avanzar. No basta con buenas intenciones. Se necesita estructura, política y presupuesto.*

Finalmente, S1 insiste en que la interculturalidad en salud no debe entenderse como un tema menor o complementario, sino como un derecho, una obligación del Estado, y una oportunidad de construir un sistema más humano, justo y coherente con la diversidad del país.

> *Estamos hablando de vidas humanas. De pueblos que han sido históricamente ignorados. La salud intercultural no es un favor: es una deuda. Y saldarla no es solo una responsabilidad legal, es también un camino para tener un país más sano, más digno y democrático.*

Este testimonio refleja con claridad que, desde el nivel técnico, la voluntad existe, pero el sistema no ha terminado de adaptar su estructura para hacerla viable. El enfoque intercultural en salud sigue dependiendo del compromiso individual, cuando en realidad debe ser una política pública con raíces institucionales, presupuesto asignado y participación real de los pueblos originarios.

4.4.2 Entrevistado S2 – Docente universitaria e investigadora

La entrevista con S2, médica de formación y doctora en antropología médica, profesora en una universidad pública del Cusco y coordinadora de varios proyectos de investigación sobre salud intercultural, ofrece una lectura profunda sobre los retos estructurales del sistema de salud en relación con los pueblos andinos. Su testimonio une la teoría con la práctica, articulando experiencias de campo, análisis crítico y propuestas concretas desde la academia.

Desde el inicio, S2 señala que la salud intercultural sigue siendo una agenda marginal dentro de las prioridades del sistema de salud peruano, y que su institucionalización ha sido parcial, limitada y muchas veces simbólica.

> *El discurso intercultural ha sido cooptado por el sistema. Aparece en los documentos, en los decretos, pero cuando vamos al territorio, lo que encontramos es desconfianza,*

> *maltrato, barreras idiomáticas, prácticas impuestas. La interculturalidad no puede reducirse a una ceremonia en quechua ni a una cartilla con dibujos. Tiene que transformar las relaciones de poder dentro del sistema de salud.*

Consultada sobre su experiencia en comunidades rurales, S2 remarca que la gente no rechaza la medicina moderna, sino el trato desigual y la falta de respeto hacia sus saberes.

> *Hay esta falsa idea de que los pueblos indígenas son 'reacios' o 'resistentes' al sistema. Eso es un error. Lo que rechazan es la humillación. Si se les habla con respeto, si se valora su conocimiento, si se dialoga, hay apertura. Lo que no quieren es ser tratados como ignorantes, como pacientes sin voz.*

Uno de los temas que más le preocupa es la formación universitaria en salud, que según ella sigue centrada en un enfoque biomédico, urbano y descontextualizado.

> *Formamos médicos, obstetras, enfermeros que no conocen el país real. Nunca han leído a un autor andino, nunca han asistido a una limpia, nunca han hablado con una partera. Luego los mandamos a comunidades donde la salud es otra cosa: es reciprocidad, es energía, es respeto al territorio. Así, el choque es inevitable.*

S2 también enfatiza que la universidad tiene una responsabilidad ética y política de formar profesionales con sensibilidad intercultural, lo que implica cambiar la currícula, incorporar docentes con experiencia territorial y reconocer otros modos de producir conocimiento.

> *Necesitamos una pedagogía de la escucha, del territorio, de la reciprocidad. Que los estudiantes salgan al campo, que investiguen con la comunidad, no sobre la comunidad. Que se formen con saberes andinos, con cosmovisión, con espiritualidad. Solo así habrá salud intercultural real.*

Sobre la relación entre el saber científico y los conocimientos tradicionales, S2 propone una epistemología del diálogo, donde ninguna voz se imponga sobre otra, y donde se generen espacios de construcción compartida.

> *No se trata de reemplazar la medicina moderna, sino de reconocer que hay otras formas válidas de entender el cuerpo, la enfermedad, la sanación. Y eso implica humildad por parte de la ciencia. A veces la mejor intervención no es una pastilla, sino una ceremonia, un acompañamiento comunitario. Pero para ver eso, hay que descolonizar el pensamiento médico.*

Respecto a las políticas públicas, S2 valora que existan marcos normativos como el Decreto Supremo 016-2016-SA, pero denuncia su falta de implementación, monitoreo y voluntad política.

> *Tenemos una ley de medicina tradicional, un decreto que promueve servicios con pertinencia cultural, pero todo queda en el papel. No hay presupuesto, no hay personal capacitado, no hay indicadores. ¿Cómo se evalúa la interculturalidad? ¿Cómo se fiscaliza el trato? Nada de eso está claro. Por eso todo queda en lo simbólico.*

Finalmente, S2 propone que el Estado genere programas de formación conjunta entre profesionales de salud y sabios comunitarios, que reconozca oficialmente a las parteras y curanderos, y que invierta en investigación intercultural como una herramienta para diseñar políticas más inclusivas.

> *La salud intercultural no es una concesión. Es un derecho colectivo. Es justicia epistémica. Es la posibilidad de sanar sin perder la dignidad. Si no entendemos eso, seguiremos con cartillas bilingües, pero con un sistema que sigue hablando solo.*

Este testimonio revela que la academia puede y debe jugar un papel clave en la construcción de una salud verdaderamente intercultural. La mirada de S2 deja claro que el problema no está en la cultura de los pueblos, sino en la estructura excluyente del sistema, y que el camino hacia la transformación comienza con el reconocimiento del otro como sujeto de saber, de historia y de palabra.

4.4.3 Entrevistado S3 – Docente universitaria en derechos humanos, Universidad Continental, sede Cusco

La entrevista con S3 presenta el testimonio de una docente universitaria de la Universidad Continental, sede Cusco, especialista en derechos humanos y con una línea de investigación centrada en la relación entre salud, justicia social y poblaciones vulnerables. Desde su experiencia en el aula, en la extensión universitaria y en proyectos de asesoría comunitaria, analiza los desafíos que enfrenta la interculturalidad en salud desde un enfoque jurídico y ético.

S3 inicia su reflexión señalando que el enfoque intercultural en salud no puede desvincularse del enfoque de derechos humanos, pues el acceso a una atención con pertinencia cultural es parte del derecho a la salud consagrado en la Constitución y en tratados internacionales.

> *Cuando una mujer quechuahablante no puede comunicarse con su médico, cuando se desestima el uso de plantas medicinales o se impone una forma única de atención sin consulta previa, no estamos ante una falla administrativa: estamos ante una vulneración de derechos. Eso debe entenderse claramente.*

Desde la formación universitaria, S3 considera que aún se reproduce una visión tecnocrática del derecho, que impide a los estudiantes comprender las dinámicas de exclusión cultural dentro del sistema de salud.

> *Nos esforzamos por enseñar el derecho como una herramienta de transformación. Pero muchas veces los materiales, los enfoques, incluso los casos de estudio, están pensados desde Lima, desde la ciudad, desde una mirada monocultural. Es urgente replantear la currícula desde las realidades andinas.*

La docente ha promovido iniciativas para que sus estudiantes desarrollen trabajos de campo en comunidades campesinas, escuchando directamente los testimonios de mujeres y sabios locales respecto al sistema de salud.

> *Cuando los estudiantes escuchan que una mujer fue obligada a parir en posición horizontal, o que una partera fue excluida de una atención médica, entienden que el derecho a la salud no es solo el acceso a una pastilla o a una cama. Es también el derecho a ser tratada con respeto, con dignidad, en tu propia lengua.*

Desde su perspectiva, el problema no es solo normativo, sino también institucional: existe un desfase entre el marco legal y las prácticas del sistema de salud, que tiende a homogenizar y jerarquizar saberes.

> *Tenemos leyes que reconocen la medicina tradicional y normas que promueven la interculturalidad. Pero no hay seguimiento, no hay presupuesto, no hay voluntad. La discriminación cultural sigue normalizada, especialmente contra mujeres indígenas.*

Finalmente, S3 plantea que las universidades regionales deben asumir un rol activo, no solo en la formación de profesionales, sino en el fortalecimiento de la ciudadanía indígena.

> *La universidad debe salir del aula, entrar a la comunidad, escuchar, investigar, acompañar. Si queremos un sistema de salud justo, debemos formar profesionales que defiendan los derechos colectivos, que respeten la pluralidad cultural y que no tengan miedo de cuestionar el sistema cuando este excluye.*

Este testimonio nos recuerda que la salud intercultural no puede entenderse solo como un tema cultural o sanitario, sino como un eje transversal de justicia y derechos humanos. La universidad, como espacio de formación crítica, tiene el reto de acompañar a los pueblos en la construcción de una salud con equidad, con respeto y con identidad.

4.4.4 Entrevistado S4 – Docente en derecho civil, Universidad Continental, sede Cusco

La entrevista con S4 presenta la mirada de un docente universitario en derecho civil, con especialidad en derecho de las personas, en la Universidad Continental, sede Cusco. Su enfoque aporta al debate sobre salud intercultural desde la protección de la personalidad jurídica, la autonomía individual y la dignidad humana como ejes centrales de los derechos fundamentales, especialmente en contextos de diversidad cultural.

Desde el inicio, S4 afirma que la atención en salud debe reconocer la autonomía de cada persona como sujeto de derechos, incluyendo su derecho a decidir cómo ser atendida, con base en su cultura, lengua, creencias y prácticas ancestrales.

> *El derecho civil protege a la persona desde su dignidad. Si una mujer campesina prefiere un parto vertical, eso debe ser respetado. Si un comunero quiere complementar su tratamiento con plantas medicinales, el sistema no puede imponerle lo contrario. El consentimiento informado tiene que ser real, y eso implica comprender también la cultura del paciente.*

Consultado sobre la salud como derecho de la personalidad, S4 destaca que el cuerpo, la identidad y la autonomía son inseparables, y que cualquier forma de atención médica que excluya o desconozca la identidad cultural de la persona puede constituir una forma de discriminación estructural.

> *Cuando se obliga a una persona a recibir atención sin considerar su lengua, sus creencias o su relación con la naturaleza, se está afectando su identidad. El derecho civil reconoce a la persona como un ser integral, no como un cuerpo separado de su contexto cultural.*

En su trabajo académico, S4 ha promovido debates entre sus estudiantes sobre casos de colisión entre el consentimiento médico y las prácticas culturales, fomentando una mirada respetuosa, jurídica y ética frente a estos dilemas.

> *Hemos analizado casos en los que un tratamiento médico se enfrentaba a una decisión cultural, por ejemplo, en temas de salud reproductiva o atención de menores. Lo importante es entender que no hay una sola respuesta, pero que siempre debe primar la dignidad y la voluntad de la persona, comprendida en su contexto.*

S4 también señala que las políticas públicas en salud deben incorporar principios de pluralismo jurídico, para que el derecho positivo reconozca y dialogue con los sistemas normativos propios de los pueblos originarios.

> *El pluralismo no es solo penal o comunal. También existe en el campo civil, en las decisiones sobre el cuerpo, la salud, la vida. El Estado tiene la obligación de dialogar con las normas y costumbres de las comunidades, no imponer un modelo único.*

Finalmente, propone que la formación en derecho civil integre una mirada intercultural de los derechos de las personas, no solo en cursos electivos, sino como parte del núcleo formativo del jurista contemporáneo.

> *Un abogado que no entiende la diversidad cultural no está preparado para defender a todos. Necesitamos formar profesionales que comprendan a la persona como sujeto pleno, desde su historia, su lengua y su cosmovisión.*

Este testimonio refuerza la idea de que la interculturalidad en salud no es solo responsabilidad del sector salud, sino también del derecho civil, que debe garantizar el respeto pleno a la identidad y autonomía de cada persona. S4 nos invita a pensar una salud que reconozca, valore y proteja a la persona como centro del sistema, en todas sus dimensiones.

Tabla 2 - Síntesis: Formación y competencias del personal (por tipo de entrevistado)

Tipo de entrevistado	**Percepción principal**	**Cita representativa (código)**	**Implicación / recomendación**
Autoridades comunales	Percepción de ausencia de formación específica en enfoque intercultural; demanda de capacitación práctica y respetuosa.	Parafraseo: autoridades señalan necesidad de formación con enfoque local. (Ver testimonios P2, P3).	Capacitación continua y protocolos locales de atención intercultural; inclusión de autoridades en diseño de capacitaciones.
Profesionales de salud	Reconocen brechas formativas y falta de protocolos institucionales; disposición individual pero sin soporte estructural.	“La formación intercultural es escasa y superficial” (S1).	Crear itinerarios formativos obligatorios en servicio y pregrado; incluir prácticas comunitarias supervisadas.
Usuarios / sabios tradicionales	Observan distancia entre formación técnica y respeto por prácticas ancestrales; mayor confianza en parteras/sabios.	“Prefiero a la partera que me entiende” (fragmento representativo de testimonios de usuarios).	Integrar parteras/sabios en equipos locales y en programas de capacitación; reconocer roles en protocolos.
Especialistas / académicos	Diagnóstico institucional: vacíos curriculares y necesidad de articulación	S2 y S3 insisten en reformar currícula y prácticas pedagógicas.	Reformas curriculares en universidades; proyectos de extensión y formación práctica intercultural.

	universidad-estado-comunidad.		

Tabla 3 - Síntesis: Integración de saberes ancestrales y relación con la biomedicina (por tipo de entrevistado)

Tipo de entrevistado	**Posición frente a la integración**	**Cita representativa (código)**	**Recomendación operativa**
Autoridades comunales	Exigen reconocimiento y coordinación formal entre saberes locales y servicios de salud.	"Las prácticas se deben respetar y coordinar" (AC / líderes comunales).	Establecer mesas locales de diálogo y protocolos de referencia/contrarreferencia con validación comunitaria.
Profesionales de salud	Ambivalencia: reconocen complementariedad pero demandan criterios para seguridad y responsabilidad clínica.	"A veces complementan, otras generan conflicto" (P testimonios).	Protocolos de colaboración, formación en prácticas seguras y mecanismos de registro para saberes tradicionales.
Usuarios / sabios tradicionales	Reclaman espacio para prácticas y reconocimiento institucional; la medicina tradicional es fuente de confianza.	Testimonios sobre la necesidad de respeto a prácticas y rituales.	Incorporar parteras/sabios en brigadas, registros locales y pagos simbólicos/contratos.
Especialistas	Ven vacíos normativos y proponen instrumentos de inclusión con sostenibilidad presupuestal.	S1 y S2 señalan falta de marco presupuestal y normativo.	Diseñar normativa que regule funciones, incentivos y mecanismos de sostenibilidad para la integración.

Tabla 4- Síntesis: Acceso, confianza y relaciones de autoridad (por tipo de entrevistado)

Tipo de entrevistado	**Problema central detectado**	**Cita representativa (código)**	**Acción recomendada**
Autoridades comunales	Falta de reconocimiento institucional de las formas de autoridad	Testimonio sobre la necesidad de pasar por la directiva comunitaria.	Procedimientos de acceso que respeten verticalidad: coordinación previa

	comunitaria; proyectos se “imponen”.		con directivas y asambleas.
Profesionales de salud	Rotación de personal, ausencia de personal bilingüe y presión por metas centralizadas.	“No hay intérpretes, no hay tiempo para atender con sensibilidad” (S1).	Políticas de retención, contratación de personal bilingüe y ajustes de incentivos laborales.
Usuarios / sabios tradicionales	Desconfianza por trato deshumanizado; preferencia por cuidadores locales conocidos.	Testimonios de usuarios sobre preferencia por parteras y líderes locales. □filecite□turn3file9□	Estrategias de fortalecimiento de confianza: mediadores culturales, intérpretes y atención con tiempos extendidos.
Especialistas	Coinciden en que las acciones puntuales no institucionalizadas generan desconfianza.	Observaciones sobre implementación por proyectos que no perduran.	Institucionalizar la interculturalidad con presupuesto, indicadores y evaluación participativa.

5 BÚSQUEDA DE LA ESENCIA DEL FENÓMENO PARA EXPLICAR LA REALIDAD CONCRETA

En este capítulo se presentan los resultados del análisis interpretativo, centrado en los sentidos emergentes a partir de los testimonios recogidos. El objetivo es revelar las dimensiones esenciales del fenómeno investigado, identificando los patrones, tensiones y aprendizajes que surgieron en el proceso de comprensión crítica, desde una perspectiva intercultural y hermenéutica.

5.1 ASPECTOS CENTRALES QUE SURGEN DE LA PRÁCTICA DE LOS PROFESIONALES DE SALUD

Los testimonios de los profesionales de salud que han trabajado en comunidades campesinas representan una fuente insustituible de información para comprender los matices, tensiones y aprendizajes que implica atender en contextos culturalmente diversos. A través de sus voces, es posible acceder a una dimensión práctica de la interculturalidad que no siempre queda reflejada en las políticas o documentos oficiales. Sus relatos, marcados por la experiencia directa, permiten observar tanto los obstáculos como las posibilidades reales de transformar el sistema de salud desde adentro, en el contacto cotidiano con las personas, los territorios y los saberes locales.

Uno de los aspectos que se repite con mayor frecuencia en los testimonios es el impacto que produce el choque cultural inicial al llegar a una comunidad rural. Profesionales jóvenes, muchos de ellos en su servicio rural obligatorio (Serums), relatan haber experimentado una profunda sensación de desconcierto y vulnerabilidad frente a un entorno que no conocían: lenguas que no comprenden, costumbres que no logran interpretar, dinámicas comunitarias que difieren radicalmente de su formación técnica y urbana. Algunos reconocen haber llegado con prejuicios, influenciados por estereotipos sobre la población rural, para luego, con el paso del tiempo y la convivencia, desmontar muchas de esas ideas y construir una relación más empática y respetuosa. Esta evolución personal es uno de los elementos más ricos del testimonio profesional: no solo describe el entorno, sino que muestra el proceso interno de cambio que implica trabajar en un contexto intercultural.

También es frecuente escuchar relatos que evidencian la impotencia o frustración que sienten muchos profesionales ante la rigidez del sistema institucional. Aun aquellos que tienen disposición para incorporar elementos culturales en su práctica se encuentran con protocolos inflexibles, tiempos limitados para cada consulta, presión por cumplir metas cuantitativas y la ausencia de herramientas concretas para aplicar una atención culturalmente pertinente. En palabras de una obstetra entrevistada: "*Sé que la señora quiere parir de pie, como aprendió de su madre, pero el protocolo me obliga a que se acueste. Si no lo hago, puedo ser sancionada*". Esta frase refleja de manera elocuente el conflicto que enfrentan muchos trabajadores de salud entre el deber ético de respetar la cultura del paciente y las exigencias normativas de una institución que todavía no ha asumido plenamente la interculturalidad como política operativa.

> *Yo he visto los documentos. En el 2016 nos mandaron un taller sobre el decreto, y ahí quedó. No hay seguimiento. Nadie viene a ver si se está cumpliendo. Muchos colegas no saben cómo aplicar eso en la atención real. Tenemos los mismos formularios, los mismos protocolos. Entonces, sí, la norma está en papel, pero en la práctica seguimos haciendo lo mismo de siempre (E1- obstetra rural, 38 años).*

Su testimonio confirma que, aunque existen lineamientos normativos sobre salud intercultural, la mayoría de los profesionales no reciben formación sistemática ni acompañamiento para aplicarlos en campo. Además, E1 señala que muchas barreras – idioma, desconfianza, rigidez institucional, falta de incentivos – impiden ofrecer una atención realmente culturalmente pertinente. En sus palabras:

> *Muchas mujeres no vienen al control. Y no es porque no quieran, es porque no se sienten cómodas… no entendían las indicaciones… las regañaron o no respetaron sus tiempos. Entonces prefieren parir en casa. Y eso es muy triste, porque no debería ser una cosa o la otra. Deberíamos poder trabajar juntas: el centro de salud, la familia, la partera.*

La voz de E1 también señala la ausencia de marcos institucionales que faciliten la colaboración con autoridades comunales y saberes tradicionales, dejando estas acciones al esfuerzo personal del profesional, lo cual no garantiza sostenibilidad ni equidad.

> *Acá la familia, la partera, la vecina, todos intervienen. Usan sus hierbas, hacen sus limpias, consultan a sus sabios. Al principio, uno se sorprende, pero luego aprende a respetar. Yo he aprendido muchísimo de las mamás y las abuelitas. Son ellas las que saben cómo hacer que un bebé duerma, cómo tratar un empacho, cómo acompañar a una mujer después del parto ((E3, enfermera comunitaria, Canchis).*

Este relato amplía la comprensión del sistema de salud local como una red comunitaria compleja y funcional, no como un vacío a llenar. Reconocer esta red es clave para transitar

desde una lógica asistencialista a una de colaboración horizontal entre sistemas de conocimiento.

Otro elemento recurrente en los testimonios es el papel del idioma como barrera estructural en la atención. Médicos y enfermeros señalan que, en muchas comunidades, el quechua es la lengua predominante, especialmente entre personas mayores. Al no dominar este idioma, deben recurrir a familiares como traductores o intentar comunicarse por gestos, lo que genera confusión, errores diagnósticos o malentendidos. Esta situación, además de afectar la calidad técnica de la atención, debilita el vínculo de confianza con el paciente, quien puede sentirse ignorado o subestimado. Algunos profesionales manifiestan haber intentado aprender lo básico del idioma local para mejorar la comunicación, y valoran positivamente el efecto que esto tiene en la relación médico-paciente, aunque también lamentan que el sistema no les brinde apoyo para hacerlo de forma sistemática. Esta falta de herramientas lingüísticas refuerza la exclusión simbólica que sufren las comunidades campesinas, y demuestra que el acceso a la salud no puede desligarse del derecho a recibir atención en la propia lengua.

Varios profesionales también hacen referencia a experiencias de aprendizaje intercultural no planificadas pero significativas. En sus relatos aparecen escenas en las que, por ejemplo, una partera local explica los usos de una planta medicinal para aliviar dolores menstruales, o en las que un curandero participa del acompañamiento emocional de un paciente con una enfermedad terminal. Estas situaciones, lejos de generar conflicto, son vividas por los profesionales como oportunidades de comprender la salud desde otra perspectiva. Algunos médicos reconocen que estas prácticas, al principio incomprensibles, terminan siendo complementarias a su labor, siempre que se realicen en condiciones de respeto y sin poner en riesgo la vida del paciente. Esta apertura al diálogo de saberes, cuando se da en un clima de colaboración, demuestra que la integración de conocimientos es posible y que no necesariamente implica una contradicción entre ciencia y tradición, sino una posibilidad de enriquecer la atención desde múltiples dimensiones del bienestar.

> *Tenemos comunidades donde hay que caminar dos o tres horas, con lluvia, con sol, y cargando las vacunas o los equipos. A veces llegamos y hay pocas personas, porque están en la chacra o han salido. No siempre se puede avisar con tiempo. Y si no hablamos bien quechua, no nos entienden o no nos creen. Entonces hay que ganarse la confianza, poco a poco (E5, técnico en salud, Quispicanchi).*

Este testimonio muestra cómo los desafíos estructurales del sistema se expresan con crudeza en el trabajo de campo. La atención primaria en zonas altoandinas demanda no solo esfuerzo físico, sino habilidades sociolingüísticas y una disposición ética hacia el encuentro intercultural. La confianza es una construcción diaria, y muchas veces sostenida por personal técnico cuya labor es subvalorada institucionalmente.

> *Aquí hay un curandero que es muy respetado. Yo lo saludo, conversamos. A veces me ha dicho: 'esta señora tiene susto, mejor que haga su limpia y después viene'. Yo no me opongo. Pero eso queda entre nosotros. El sistema no reconoce esa colaboración. No hay espacios para eso, ni tampoco pago, ni respeto institucional. Y eso es lo que falta (E5, técnico en salud, Quispicanchi).*

La articulación con los curanderos y sabios locales, aun cuando es funcional y respetuosa, queda relegada al plano informal y no reconocido. La falta de institucionalidad en estos vínculos perpetúa la exclusión epistémica de los saberes indígenas, y revela que la interculturalidad sigue dependiendo de voluntades personales más que de estructuras sistemáticas.

Asimismo, los testimonios reflejan una crítica compartida hacia la falta de acompañamiento institucional en el trabajo en comunidades rurales. Muchos profesionales se sienten abandonados por el sistema, sin supervisión adecuada, con recursos escasos y sin incentivos reales para permanecer en zonas alejadas. Esta precariedad no solo afecta su motivación, sino que también impacta directamente en la calidad de la atención. La rotación constante de personal impide desarrollar proyectos a largo plazo, debilita el vínculo con la comunidad y frena cualquier intento de construcción sostenida de relaciones interculturales. Algunos relatan con frustración cómo, después de meses de haber ganado la confianza de la población, deben abandonar el puesto y empezar de nuevo en otro lugar, rompiendo procesos que recién comenzaban a consolidarse.

Finalmente, un elemento clave que emerge de los relatos es la necesidad de transformar la formación profesional en salud. La mayoría de los entrevistados coincide en que su paso por la universidad no los preparó para el trabajo en contextos diversos, y que la interculturalidad fue, en el mejor de los casos, un contenido periférico. Proponen que se incluya en el currículo no solo información sobre costumbres o prácticas tradicionales, sino herramientas concretas para el trabajo en campo: lenguas originarias, historia local, derechos culturales, estrategias de comunicación intercultural, y, sobre todo, una reflexión ética sobre el poder que ejerce el profesional en contextos de alta desigualdad. Esta autocrítica demuestra que, lejos de rechazar

la interculturalidad, muchos profesionales la demandan, pero sienten que el sistema no les ha brindado las condiciones para ejercerla de forma efectiva.

Los testimonios aquí recogidos permiten afirmar que la mirada de los profesionales de salud no es uniforme ni estática. En ella conviven resistencias, aprendizajes, contradicciones y potencialidades. Son voces que muestran que la interculturalidad no es solo un ideal abstracto, sino una práctica que se construye en la cotidianidad, a veces a contracorriente del sistema, pero siempre en diálogo con la realidad viva de las comunidades. Escuchar estas voces, valorarlas y traducirlas en políticas concretas es un paso imprescindible para avanzar hacia un sistema de salud que sea realmente inclusivo, humano y respetuoso de la diversidad.

5.2 COMUNIDADES CAMPESINAS: CRÍTICA AL SERVICIO DE SALUD

De otra parte, la opinión de las comunidades campesinas respecto al servicio de salud estatal no solo expresa una evaluación sobre la calidad de la atención médica, sino que revela con claridad las fracturas históricas, culturales y simbólicas que persisten entre el Estado y los pueblos originarios. Escuchar estas voces implica abrir un espacio de reconocimiento a formas de entender la salud y el cuidado que han sido sistemáticamente marginadas por el discurso oficial. A través de los testimonios recogidos en el trabajo de campo y en diversas investigaciones etnográficas, se puede afirmar que la relación de las comunidades campesinas con el sistema de salud es ambigua, marcada por la necesidad funcional de acceder a ciertos servicios, pero también por una desconfianza profunda hacia una institucionalidad que no las ha sabido comprender ni valorar en su integridad cultural.

> *Yo he aprendido desde niña. Mi mamita me enseñó para qué sirve cada plantita. Cuando hay viento malo, se cura con wira wira. Cuando hay dolor de estómago, con muña. Si hay susto, hay que sahumar. Todo eso no está en papel, está en la cabeza, en el corazón. La salud no es solo del cuerpo, es del alma también. Y también de la tierra. Si uno está peleado con la chacra, también se enferma (C1, comunera quechuahablante, Canas).*

Este testimonio evidencia una concepción holística de la salud profundamente ligada a la cosmovisión andina, donde cuerpo, alma, comunidad y naturaleza forman una unidad inseparable. La sanación no es solo técnica, sino espiritual y relacional, y el conocimiento ancestral se transmite oralmente y por vivencia, no por manuales. Incorporar esta visión exige descentrar el paradigma biomédico y abrir espacios reales para el diálogo de saberes.

> *A veces vamos al centro. Pero no siempre nos entienden. Una vez llevé a mi hijo con fiebre, y me preguntaron si le había dado paracetamol. Yo dije que no, que le di eucalipto y manzanilla. Me miraron feo. Me dijeron que eso no sirve. Yo ya no hablé más. Sentí vergüenza. Entonces, si no me van a respetar, mejor me quedo en casa (C1, comunera quechuahablante, Canas).*

Este relato muestra cómo la desvalorización de los saberes tradicionales no solo impide el diálogo, sino que genera vergüenza, silencio y finalmente distanciamiento del sistema de salud. El idioma y la actitud del personal se convierten en barreras simbólicas que refuerzan la exclusión estructural.

> *Yo he vivido del campo. Desde niño trabajo la tierra, crío mis animales, hago mis alimentos. Eso es lo que me ha hecho fuerte. El cuerpo se acostumbra al frío, al sol, a la caminata. Pero también se gasta. Ya mis huesos duelen, ya no escucho bien. Pero sigo, porque la tierra te enseña a no rendirte (C2, agricultor quechuahablante, Acomayo).*

Este fragmento encarna una visión campesina del cuerpo como memoria del territorio. El envejecimiento no es concebido como declive, sino como continuidad vital. El vínculo entre salud, trabajo agrícola y sabiduría ancestral propone otra forma de comprender el bienestar, más allá de los estándares clínicos.

> *Yo he crecido viendo a mi abuela curar con plantas, hacer mates, baños. Cuando me enfermaba, me daban eucalipto, muña, marco. Pero ahora ya casi no usamos eso. Los jóvenes preferimos ir al centro de salud. Nos parece más rápido, más moderno. Aunque a veces, si no hay plata o si no hay atención, sí volvemos a lo tradicional (C5, joven comunero, La Convención).*

Este testimonio refleja una tensión identitaria que atraviesa a muchos jóvenes rurales andinos: el respeto por el saber tradicional convive con la atracción por la medicina moderna. El sistema de salud debe reconocer estas transiciones sin menospreciar el valor del conocimiento heredado. La interculturalidad también debe incluir a los jóvenes como puentes vivos entre mundos que se transforman.

En general, los pobladores campesinos reconocen la utilidad del sistema de salud en situaciones de emergencia, parto complicado, intervenciones quirúrgicas o enfermedades que no pueden tratarse con medios locales. No existe, en la mayoría de los casos, un rechazo absoluto a la medicina moderna, sino una valoración selectiva de aquello que se percibe como eficaz. Sin embargo, esta utilidad no basta para consolidar una relación de confianza. Muchas personas expresan que acuden al centro de salud como último recurso, solo cuando los remedios caseros, las infusiones, los rituales y el acompañamiento de los sabios locales no han sido suficientes.

Esta decisión no es producto de ignorancia o atraso, como muchas veces se sugiere desde la mirada externa, sino de una evaluación racional basada en la experiencia: el sistema de salud ha sido vivido como lejano, poco respetuoso, insensible a sus necesidades y, en muchos casos, hostil.

Uno de los elementos más dolorosos que emergen en los relatos de los comuneros es el maltrato, explícito o implícito, por parte del personal de salud. Las personas refieren situaciones en las que fueron tratadas con desdén, con impaciencia o con actitudes autoritarias, especialmente cuando no entendían las indicaciones médicas o cuando intentaban explicar sus síntomas usando expresiones propias de su lengua o cosmovisión. Este maltrato se agrava cuando se trata de mujeres, adultos mayores o personas quechuahablantes, quienes muchas veces son ridiculizados por su forma de hablar o por usar elementos culturales considerados “atrasados”. Estas experiencias generan vergüenza, miedo y resentimiento, llevando a muchos a evitar el uso de los servicios de salud, incluso cuando los necesitan. La atención en salud, que debería ser un espacio de cuidado y dignificación, se convierte entonces en un lugar de violencia simbólica.

Otro aspecto reiterado en las opiniones recogidas es la percepción de que los profesionales de salud no comprenden ni respetan la forma en que las comunidades entienden la salud y la enfermedad. Las personas relatan que sus explicaciones son ignoradas o que sus conocimientos son descalificados sin escucha. Por ejemplo, si una madre lleva a su hijo con fiebre y explica que “le ha caído el mal viento” o que está afectado por un “susto”, muchos profesionales desestiman estas categorías, sin tomarse el tiempo de interpretar su significado dentro del marco cultural del paciente. Esta actitud no solo impide una atención integral, sino que refuerza la idea de que el centro de salud es un lugar donde la palabra del comunero no tiene valor, donde solo se valida aquello que corresponde al saber médico oficial.

Asimismo, las comunidades perciben con claridad que el sistema de salud no ha sido diseñado pensando en ellas. Las horas de atención, el idioma utilizado, la forma en que se programan las campañas, los criterios de prioridad, todo responde a una lógica externa que no dialoga con las realidades locales. En varios testimonios se menciona que las campañas de salud coinciden con fechas agrícolas importantes, impidiendo la participación de las familias; que los carteles informativos están solo en castellano, pese a que la mayoría de la población habla quechua; o que los programas de atención a gestantes no consideran la presencia de parteras o familiares,

lo que genera incomodidad y desarraigo en las mujeres atendidas. Esta desconexión entre el diseño de las políticas y las dinámicas comunitarias refuerza la percepción de que el sistema de salud no es un aliado, sino una imposición.

No obstante, también es posible encontrar relatos que muestran experiencias positivas, especialmente cuando el personal de salud ha permanecido más tiempo en la comunidad y ha logrado establecer vínculos de confianza. En estos casos, los comuneros valoran la cercanía, el respeto y la disposición para escuchar. Una enfermera que aprende algunas palabras en quechua, un médico que acepta el ingreso de una partera al parto, un obstetra que respeta la posición vertical de la mujer, son gestos que generan cambios significativos en la percepción de la comunidad. Estas acciones, aunque pequeñas, representan avances hacia una atención más humanizada y culturalmente pertinente, y demuestran que el enfoque intercultural puede tener efectos concretos cuando se aplica con convicción y sensibilidad.

En suma, la opinión de las comunidades campesinas sobre el servicio de salud revela una experiencia marcada por la exclusión, pero también por la búsqueda de alternativas y el deseo de ser reconocidos en su dignidad cultural. Las personas no exigen un trato preferencial ni rechazan la medicina moderna, sino que piden ser escuchadas, comprendidas y respetadas. La interculturalidad, desde su mirada, no es un concepto abstracto, sino una necesidad vital: es la posibilidad de acudir a un establecimiento de salud sin temor a ser humillado, de explicar una dolencia sin que se rían, de recibir una atención que no contradiga su forma de entender el cuerpo, la vida y la muerte. Atender estas demandas no es una concesión, es un acto de justicia histórica que el Estado tiene la obligación de asumir si realmente aspira a construir un sistema de salud para todos y todas.

5.3 ROL DEL ESTADO Y DE LAS ORGANIZACIONES EN LA SALUD INTERCULTURAL

El rol del Estado en la implementación de un enfoque intercultural en salud es por mandato constitucional y por principios de justicia social, central e irrenunciable. Sin embargo, en la práctica, su actuación ha estado marcada por una tensión constante entre el reconocimiento formal de la diversidad cultural y la persistencia de un modelo sanitario uniformizante, urbano y vertical. Esta contradicción se expresa en el desajuste entre los discursos de inclusión y la realidad de las políticas públicas, que muchas veces siguen orientadas por criterios técnicos

desconectados del territorio, de la historia y de las particularidades de los pueblos originarios y comunidades campesinas. La acción del Estado en este campo, por tanto, debe ser analizada no solo desde su dimensión normativa o administrativa, sino también desde su eficacia simbólica, su voluntad política y su capacidad real de garantizar derechos en contextos interculturales.

Desde una perspectiva normativa, el Perú ha avanzado en el reconocimiento del enfoque intercultural en la atención en salud. Documentos como los Lineamientos para la Atención con Pertinencia Cultural en los Servicios de Salud del Ministerio de Salud (Minsa), el Plan Nacional de Salud Intercultural, y la ratificación de instrumentos internacionales como el Convenio 169 de la OIT o la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, establecen un marco jurídico favorable para el desarrollo de políticas inclusivas. No obstante, este marco no se ha traducido de forma sostenida ni sistemática en cambios operativos. Las estrategias implementadas suelen ser fragmentarias, dependientes de proyectos temporales, sin presupuesto estable ni indicadores que midan su impacto desde la perspectiva de los propios pueblos. Una perspectiva especialmente significativa es la de una enfermera comunitaria con más de quince años de servicio en la provincia de Canchis, quien reflexiona sobre su proceso de aprendizaje junto a las comunidades, reconociendo que la salud, en estos contextos, es vivida de manera colectiva, vinculada al territorio, a la reciprocidad y al respeto por los saberes locales.

> *Aquí la gente se cuida en comunidad. No es como en la ciudad, donde cada quien va al hospital cuando está mal. Aquí se preguntan, se ayudan, se dan plantas, hacen pagos. Yo he aprendido muchísimo. Y no es que lo enseñen en la universidad. A veces llegamos pensando que venimos a enseñar, pero no. Venimos a aprender también.*

Este testimonio ofrece una ruptura crítica con la mirada tradicional desde la biomedicina, al reconocer que el cuidado de la salud no se limita a la intervención técnica individualizada, sino que forma parte de un entramado comunitario de apoyo, reciprocidad y conocimiento ancestral. La enfermera E3 destaca la importancia del aprendizaje mutuo como base de una verdadera interculturalidad: no se trata solo de adaptar servicios, sino de transformarlos desde el diálogo horizontal entre saberes. Esta vivencia de campo subraya que la salud intercultural no es solo una política, sino una ética del encuentro.

Una de las debilidades más notorias en el accionar estatal es la escasa participación de las comunidades en el diseño, ejecución y evaluación de las políticas públicas en salud. A pesar de que los principios de participación y consulta están reconocidos en la normativa, en la práctica, las decisiones se siguen tomando desde los niveles centrales, con escasa articulación con las

organizaciones representativas de los pueblos originarios. Esto genera políticas que, aunque bien intencionadas, resultan ineficaces porque no responden a las verdaderas necesidades, lenguajes ni prioridades de las comunidades. La salud intercultural no puede construirse desde el escritorio; requiere presencia territorial, diálogo permanente y reconocimiento de los actores comunitarios como sujetos activos del proceso, no como simples receptores pasivos.

Además, la forma en que el Estado concibe e implementa el enfoque intercultural muchas veces responde a una lógica funcional más que transformadora. En lugar de promover una verdadera articulación de saberes, se busca adaptar mínimamente el sistema biomédico a las culturas locales para facilitar la cobertura de indicadores sanitarios o la adhesión a programas de control. Por ejemplo, se traduce un folleto informativo al quechua o se permite la presencia de una partera en el parto, pero sin integrar de manera real los saberes y prácticas de esa partera al proceso de atención. Esta instrumentalización de la interculturalidad debilita su potencial político y convierte una exigencia ética en una estrategia operativa subordinada a las metas institucionales. En este sentido, el rol del Estado sigue siendo ambivalente: por un lado, enuncia el respeto a la diversidad, y por otro, reproduce una estructura de poder que privilegia el conocimiento médico occidental sobre los sistemas de salud tradicionales.

Frente a estas limitaciones, las organizaciones indígenas, campesinas y de la sociedad civil han jugado un papel crucial en la visibilización de las demandas de salud intercultural y en la generación de propuestas alternativas. En distintas regiones del país, federaciones campesinas, organizaciones de mujeres, asociaciones de parteras tradicionales y colectivos de defensa de los derechos indígenas han desarrollado experiencias de articulación comunitaria en salud, muchas veces sin el respaldo del Estado, y en algunos casos, enfrentando incluso su resistencia. Estas organizaciones han promovido capacitaciones, encuentros de saberes, sistematización de prácticas ancestrales, investigaciones participativas y estrategias de incidencia política. Su aporte ha sido esencial para sostener una visión de salud centrada en el territorio, en la comunidad y en la integralidad del ser humano.

Sin embargo, estas iniciativas enfrentan también importantes desafíos. La sostenibilidad de sus proyectos depende muchas veces de la cooperación internacional o de fondos temporales. La falta de reconocimiento legal a figuras como las parteras tradicionales o los curanderos dificulta su inclusión formal en el sistema de salud. Además, la fragmentación entre organizaciones, la falta de articulación con otras instancias de gobierno y la escasa presencia en espacios de

decisión a nivel nacional limitan su capacidad de incidir en las políticas públicas. A pesar de ello, su existencia y persistencia demuestran que el enfoque intercultural no solo es posible, sino que ya se viene practicando desde abajo, desde los pueblos, con creatividad, convicción y resistencia.

Es importante reconocer también que dentro del mismo aparato estatal existen actores comprometidos con una visión transformadora de la salud. Profesionales del MINSA, funcionarios regionales, coordinadores de programas y personal de campo que han promovido experiencias de salud intercultural desde una mirada ética y de justicia. Estos actores, muchas veces invisibilizados por las estructuras burocráticas, juegan un rol fundamental como puentes entre el Estado y las comunidades. Sus esfuerzos, sin embargo, son frecuentemente obstaculizados por la falta de voluntad política, la inercia institucional y la ausencia de mecanismos de articulación intersectorial. La salud intercultural no puede depender de la voluntad individual; requiere un compromiso estructural del Estado que trascienda los cambios de gestión y se inscriba como una política de Estado a largo plazo.

En definitiva, el rol del Estado en la salud intercultural debe superar la lógica de la adaptación superficial para convertirse en un agente de transformación estructural. Esto implica no solo reconocer la legitimidad de los saberes ancestrales, sino generar condiciones reales para su integración, garantizar la participación efectiva de los pueblos en la toma de decisiones, reformar los sistemas de formación profesional, y asegurar que las políticas públicas respondan a la diversidad sociocultural del país. Solo así se podrá construir un sistema de salud que sea reflejo de la pluralidad de naciones que habitan el territorio, y no una imposición homogénea que perpetúe la exclusión.

5.4 IMPACTO DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS EN LA ATENCIÓN SANITARIA DE LAS COMUNIDADES INDÍGENAS

El impacto de las políticas públicas en la atención sanitaria de las comunidades indígenas debe analizarse más allá de la existencia de normas o planes estratégicos. El verdadero indicador de eficacia no está en el número de documentos producidos ni en la inclusión formal del enfoque intercultural en las agendas institucionales, sino en el cambio tangible en la vida cotidiana de las personas: en la mejora efectiva de sus condiciones de salud, en el reconocimiento de sus saberes, en el respeto de su dignidad cultural y en el fortalecimiento de su capacidad de

autodeterminación. Desde esta perspectiva, es necesario examinar críticamente hasta qué punto las políticas públicas en salud han logrado transformar, o no, la experiencia que las comunidades indígenas y campesinas tienen del sistema de salud estatal.

Durante las últimas décadas, se han producido avances importantes en el marco normativo del Perú, que incluyen el reconocimiento explícito de la necesidad de una atención con pertinencia cultural. El Ministerio de Salud ha emitido diversos documentos orientadores que señalan la importancia de considerar la diversidad cultural, como los Lineamientos de Política Sectorial de Salud Intercultural y guías para la atención con enfoque étnico. Asimismo, en algunas regiones se han implementado iniciativas orientadas a incorporar parteras tradicionales, promover el uso de lenguas originarias en los servicios, y generar espacios de diálogo entre saberes. Estas acciones, sin duda, representan pasos significativos hacia la construcción de una política pública más sensible a la realidad de los pueblos originarios. Sin embargo, al contrastar estos avances normativos con la experiencia vivida en las comunidades, emerge con claridad una profunda brecha entre el diseño y la ejecución, entre la intención declarada y el impacto real.

Uno de los principales problemas identificados por las propias comunidades y diversos estudios es que la implementación de las políticas públicas interculturales ha sido parcial, fragmentada y con escasa sostenibilidad en el tiempo. En muchos casos, las iniciativas son promovidas como proyectos piloto o intervenciones focalizadas, dependientes de financiamiento externo o del interés de algún funcionario comprometido, pero no se integran plenamente en el funcionamiento ordinario del sistema de salud. Esta lógica de implementación por proyectos debilita la institucionalidad de la interculturalidad, la convierte en una política opcional y la deja vulnerable a los vaivenes políticos o presupuestales. En consecuencia, las comunidades experimentan estas políticas como acciones esporádicas, poco articuladas y sin continuidad, lo que genera desconfianza y cuestiona la coherencia del Estado en su compromiso con la diversidad cultural.

Aquí tienes el texto completamente reformulado, manteniendo la coherencia con el enfoque cualitativo, hermenéutico y participativo de tu tesis, sin referencias a cuantificación y sin divisores visuales:

Otro aspecto crítico que atraviesa la implementación de políticas públicas en salud intercultural es la ausencia de procesos de evaluación sistemática que consideren perspectivas cualitativas y participativas. Las intervenciones institucionales tienden a ser valoradas a través de mecanismos centrados en el cumplimiento de metas operativas, sin contemplar cómo esas acciones son vividas, percibidas o resignificadas por las comunidades. Se privilegia el registro de actividades, la cobertura de campañas o la frecuencia de atención, pero no se indaga en la experiencia relacional entre profesionales y usuarios, ni en la manera en que las prácticas institucionales dialogan o no con los saberes y sensibilidades de los pueblos originarios.

Esta lógica de evaluación excluye dimensiones esenciales del enfoque intercultural, tales como el respeto a la identidad cultural, la confianza que se logra o se pierde en el contacto con el personal de salud, la legitimidad que las comunidades otorgan a los servicios ofrecidos, o el lugar que ocupan los saberes tradicionales en las decisiones de cuidado. Sin estas variables, es imposible comprender el verdadero alcance de las políticas implementadas, pues lo que se invisibiliza no es sólo un dato, sino una vivencia, una forma de entender y practicar la salud.

Además, esta omisión perpetúa una mirada tecnocrática que reduce la atención en salud a un asunto técnico, desconociendo que, en contextos indígenas y campesinos, el cuidado está atravesado por dimensiones simbólicas, emocionales y espirituales. Evaluar sin escuchar, sin observar los significados y sin dialogar con las voces de quienes viven los efectos de las políticas, supone legitimar una forma de intervención que prioriza la forma sobre el fondo, la eficiencia sobre la pertinencia, y el protocolo sobre la relación humana. Por ello, avanzar hacia una salud verdaderamente intercultural requiere también repensar cómo se evalúa, desde qué criterios, con quiénes y para qué fines.

Además, las políticas públicas han tenido dificultades para revertir patrones históricos de exclusión y discriminación institucional. A pesar de los discursos oficiales, muchos profesionales de salud continúan reproduciendo prácticas que desvalorizan la cultura de los pueblos originarios, ya sea por falta de formación, por prejuicios inconscientes o por la presión del sistema para cumplir metas estandarizadas. Las personas indígenas, al acudir a los centros de salud, siguen enfrentando barreras lingüísticas, maltrato verbal, indiferencia hacia sus prácticas tradicionales y exigencias que no consideran su contexto. Esta realidad demuestra que las políticas públicas, para ser efectivas, no pueden limitarse a emitir lineamientos generales; deben traducirse en cambios concretos en los procesos de atención, en la formación del

personal, en los mecanismos de rendición de cuentas y en la participación activa de las comunidades en su diseño y fiscalización.

No obstante, es importante reconocer que el impacto de las políticas públicas no ha sido completamente nulo. En algunos territorios, especialmente donde existe una fuerte organización comunitaria o presencia de movimientos indígenas, se han logrado avances significativos. Comunidades que han recuperado prácticas tradicionales de sanación con el apoyo del personal de salud, establecimientos que han incorporado a sabias locales en procesos de parto, equipos médicos que han aprendido a comunicarse en lengua originaria, programas que han articulado el control biomédico con el uso de plantas medicinales, son ejemplos que, aunque aún excepcionales, demuestran que el cambio es posible. Estos casos exitosos no son producto exclusivo de la política estatal, sino del diálogo entre actores diversos: líderes comunales, profesionales comprometidos, autoridades locales y, en algunos casos, organizaciones internacionales que han acompañado procesos territoriales de salud intercultural.

El reto, por tanto, no es solo técnico ni financiero, sino profundamente político y ético. El Estado debe dejar de concebir la salud intercultural como una política dirigida a sectores “diferentes” y asumirla como un principio rector del sistema de salud en su conjunto. Esto implica una reforma estructural que abarque la gobernanza institucional, los modelos de atención, la formación profesional, la normativa, el financiamiento y, sobre todo, la manera en que se entiende y se valora la diversidad cultural como un derecho. Una política pública en salud que no transforma las relaciones de poder, que no reconoce al otro como sujeto epistémico, que no redistribuye recursos ni garantiza participación efectiva, difícilmente tendrá un impacto positivo en las condiciones de vida de las comunidades indígenas.

En conclusión, el impacto de las políticas públicas en la atención sanitaria de las comunidades indígenas ha sido, hasta ahora, limitado, desigual y frágil. Existen avances normativos y experiencias locales que abren camino, pero aún falta consolidar una política intercultural con vocación estructural, sostenida en el tiempo y construida desde los territorios. Para ello, es imprescindible que el Estado asuma su rol con mayor coherencia, que escuche a los pueblos, que valore sus aportes y que reconozca que sin justicia cultural no hay salud digna, ni ciudadanía plena, ni democracia real.

5.5 ESTRATEGIAS PARA FORTALECER EL ENFOQUE INTERCULTURAL EN SALUD PÚBLICA

El fortalecimiento del enfoque intercultural en salud pública no puede limitarse a la formulación de principios abstractos o a la incorporación de elementos simbólicos en los establecimientos de salud. Requiere, por el contrario, una estrategia integral, articulada y sostenida que transforme de manera estructural la forma en que el Estado concibe, organiza y ejecuta la atención sanitaria en contextos culturalmente diversos. Esta transformación no solo es un imperativo jurídico y ético, sino una condición necesaria para garantizar el derecho a la salud con equidad, dignidad y pertinencia cultural. Las estrategias aquí planteadas surgen del análisis realizado en los capítulos anteriores, así como de la sistematización de experiencias exitosas en el Perú y en América Latina, y se proponen como líneas de acción para avanzar hacia un sistema de salud verdaderamente intercultural.

> *Los jóvenes doctores no entienden cuando uno habla en quechua. A veces no te escuchan bien. Dicen 'tome esto' y ya. Pero nosotros necesitamos más explicación, más tiempo. A veces uno se queda con dudas. Pero igual agradezco que me atiendan. La pastilla me ha ayudado (C2, agricultor quechuahablante, Acomayo).*

Este testimonio muestra que la barrera idiomática no se limita al vocabulario, sino a los ritmos, las formas de explicar y la disposición a escuchar. La comunicación con adultos mayores quechuahablantes requiere paciencia, adaptación y comprensión de los marcos culturales de interpretación de la salud.

> *La obstetra vino a la asamblea comunal. Habló con todas nosotras. Nos explicó sobre los controles, los riesgos. Me pareció buena su manera de hablar, no gritaba. Entonces decidí ir. Quería que mi bebé naciera bien (C3, madre joven, comunidad campesina en Paucartambo).*

Este relato muestra que el acceso a la salud no depende solo de la infraestructura, sino también de la calidad humana del personal. La presencia en la comunidad, el lenguaje respetuoso y la escucha activa son factores que promueven el vínculo y la confianza, especialmente en contextos donde persiste el temor al maltrato institucional.

Una primera estrategia esencial consiste en revisar y reformular los marcos normativos vigentes, de modo que el enfoque intercultural deje de ser un anexo o una opción, y se convierta en un principio transversal en toda la política sanitaria. Esto implica modificar no solo los

documentos técnicos, sino las leyes, reglamentos y presupuestos que estructuran el funcionamiento del sistema de salud. La interculturalidad debe estar presente en los planes nacionales, en los instrumentos de planificación regional, en los indicadores de desempeño institucional y en los criterios de evaluación de los servicios. No puede seguir siendo una política de “proyectos piloto” o de implementación parcial; debe ser una política pública con rango vinculante y con financiamiento permanente.

Una segunda estrategia imprescindible es el rediseño del modelo de atención primaria desde una lógica de diálogo de saberes. La atención en salud debe dejar de centrarse exclusivamente en el acto médico individual, y pasar a concebirse como un proceso colectivo, continuo y territorializado, en el que intervienen no solo los profesionales de salud, sino también los agentes comunitarios, las parteras, los curanderos, los sabios locales y las organizaciones sociales. Este modelo debe permitir la coexistencia y articulación de diferentes formas de sanación, sin jerarquías impuestas, y con protocolos que reconozcan la complementariedad entre el conocimiento biomédico y los saberes ancestrales. Para ello, es necesario establecer mecanismos formales de colaboración, como convenios, guías de práctica, redes de derivación intercultural, y equipos de salud mixtos que incluyan a representantes de ambas tradiciones.

Una tercera estrategia fundamental es la transformación de la formación profesional en salud. Las universidades, institutos y centros de capacitación deben incorporar obligatoriamente contenidos de interculturalidad en sus planes de estudio, incluyendo historia de los pueblos indígenas, derechos colectivos, cosmovisiones, medicina tradicional, y comunicación intercultural. Pero más allá de los contenidos teóricos, se requiere un cambio metodológico: formar en el terreno, a través de prácticas en comunidades, con docentes indígenas, y con metodologías participativas que permitan cuestionar el paradigma dominante y abrirse a nuevas formas de comprender la salud. El enfoque intercultural no puede enseñarse solo en el aula; debe vivirse, experimentarse y reflexionarse desde la práctica. Además, se deben crear incentivos reales para que los profesionales se formen y permanezcan en contextos rurales, garantizando condiciones laborales dignas, estabilidad, acompañamiento y reconocimiento social.

Una cuarta estrategia clave es la construcción de espacios permanentes de participación de los pueblos indígenas y comunidades campesinas en la gobernanza del sistema de salud. La

interculturalidad no se logra solo con buena voluntad institucional, sino con corresponsabilidad política.

Los pueblos deben tener voz y voto en la definición de las políticas sanitarias que los afectan, en el diseño de programas, en la evaluación de resultados, y en la gestión de recursos. Esto requiere crear instancias consultivas vinculantes, fortalecer las organizaciones representativas, y promover la institucionalización del control ciudadano sobre los servicios de salud. La salud intercultural no es solo una cuestión de técnica o de cultura, sino de poder: quién decide, quién habla, quién interpreta, quién define qué es salud, enfermedad y sanación.

Finalmente, una quinta estrategia necesaria es el fortalecimiento de la investigación intercultural en salud. Para avanzar hacia políticas públicas más pertinentes, se necesita generar conocimiento desde los territorios, con metodologías participativas, con liderazgo indígena y con un enfoque descolonizador. La academia, las instituciones estatales y las organizaciones sociales deben articularse para producir evidencias que visibilicen las prácticas tradicionales, los determinantes sociales y culturales de la salud, y las experiencias locales de atención. Estas investigaciones deben ser utilizadas no solo para generar publicaciones científicas, sino para orientar la toma de decisiones, formar a nuevos profesionales, y retroalimentar a las comunidades sobre los hallazgos y aprendizajes.

Estas estrategias, si bien ambiciosas, no son utópicas. Existen en el país y en la región ejemplos concretos que demuestran su viabilidad. Lo que se requiere es decisión política, voluntad institucional y una visión ética que reconozca que la salud intercultural no es un favor del Estado a los pueblos originarios, sino una restitución de derechos históricamente negados. Solo a través de estas transformaciones profundas será posible construir un sistema de salud verdaderamente plural, inclusivo y humanizante, que no solo cure enfermedades, sino que reconozca la dignidad de cada pueblo en su forma particular de vivir, sanar y convivir con el mundo.

5.6 FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD

La formación y capacitación del personal de salud constituye una de las piezas clave para el fortalecimiento del enfoque intercultural en el sistema sanitario. Cualquier política pública orientada a reconocer y articular la diversidad cultural en la atención médica carece de sentido si los profesionales encargados de implementarla no están preparados para comprender,

respetar y dialogar con las realidades culturales de los pueblos a los que sirven. No basta con contar con normas o lineamientos técnicos; es imprescindible que quienes ejercen en los establecimientos de salud cuenten con una formación sólida que les permita actuar con competencia cultural, sensibilidad ética y capacidad de reflexión crítica frente al contexto en el que trabajan.

> *En la universidad nos enseñan a hacer historia clínica, a diagnosticar, a recetar, pero nunca nos enseñaron a escuchar a una paciente que no habla castellano, o que no te mira a los ojos porque así es su costumbre. Yo llegué con todas mis ganas, pero me di cuenta [de] que el conocimiento técnico no basta. Aquí uno se tiene que desaprender muchas cosas para poder atender con respeto (E4, médico Serums, provincia de Espinar).*

Este testimonio pone en evidencia una falencia estructural en la formación médica universitaria: la ausencia de herramientas para el abordaje intercultural. El concepto de **desaprendizaje** que menciona el entrevistado es clave para entender que el ejercicio profesional en contextos rurales exige no solo adaptar técnicas, sino también transformar el paradigma desde el cual se entiende el acto médico.

> *No, nada. Ni en la universidad ni antes de venir. Solo nos dieron una charla de cómo llenar los formatos, cómo reportar datos, pero nada sobre cómo comunicarse con personas quechuahablantes, o cómo trabajar con parteras o curanderos. Yo he ido aprendiendo sobre la marcha, preguntando, observando, y también equivocándome.*
> *[...]*
> *Es duro cuando no te puedes comunicar. A veces viene una señora mayor, habla todo en quechua, y yo no entiendo. Me siento limitado, incompleto. He aprendido algunas frases básicas, pero quisiera que hubiera alguien que traduzca. El sistema debería garantizar intérpretes. No es justo ni para el paciente ni para nosotros (E4, médico SERUMS, Espinar).*

La ausencia de formación previa y el vacío institucional respecto a la lengua originaria evidencia que el sistema de salud no ha asumido la diversidad lingüística como parte de su diseño estructural. Este déficit compromete la calidad de atención y profundiza la brecha cultural en contextos rurales andinos.

La realidad actual del sistema de formación profesional en salud en el Perú evidencia profundas carencias en este aspecto. Las mallas curriculares de universidades e institutos superiores siguen orientadas por un modelo biomédico clásico, centrado en la enfermedad como fenómeno biológico, ajeno al contexto social, económico, histórico o espiritual del paciente. La formación enfatiza la técnica, la precisión diagnóstica, el tratamiento farmacológico y el cumplimiento de protocolos, pero deja en segundo plano cuando no ignora por completo los elementos culturales

que median en la experiencia de enfermar, en la búsqueda de ayuda, en la percepción del dolor o en las formas de atención válidas desde la cosmovisión del paciente. Esta omisión no es menor, pues genera profesionales con herramientas clínicas, pero sin capacidad de conexión humana, sin herramientas para el diálogo intercultural, y muchas veces con prejuicios inconscientes hacia las poblaciones indígenas o campesinas.

> *Yo he ido a reuniones, me he presentado, he escuchado. Algunos sabios me han explicado sus prácticas. Yo trato de no imponer. A veces les digo: 'podemos combinar esto con la pastilla', y algunos aceptan. Pero falta una política clara, protocolos, materiales que nos orienten. Todo lo que hago es intuitivo (E4, médico SERUMS, Espinar).*

Este relato muestra que la articulación entre el sistema biomédico y la medicina tradicional sigue dependiendo de iniciativas personales. La falta de protocolos concretos, guías institucionales o reconocimiento oficial impide que estos intercambios se traduzcan en políticas sostenibles. La interculturalidad se sostiene, aún, sobre intuiciones y voluntades aisladas.

La formación universitaria en salud, además, reproduce una visión jerárquica del conocimiento, en la que la medicina occidental ocupa un lugar privilegiado frente a cualquier otro saber. En ese marco, los conocimientos ancestrales son vistos como **alternativos**, **complementarios** o directamente irrelevantes. Esta lógica genera un profesional que llega a la comunidad con la expectativa de enseñar, de corregir, de **civilizar** a los pacientes, en lugar de aprender, escuchar y construir desde la reciprocidad. Es necesario desmontar esta formación autoritaria y monológica, para dar paso a una pedagogía intercultural que forme profesionales capaces de reconocer su lugar, sus límites, sus sesgos y la legitimidad de otras formas de entender y ejercer la salud.

Para revertir esta situación, se requiere una reforma profunda de los planes de estudio en las carreras vinculadas a la salud, incluyendo no solo contenidos específicos sobre interculturalidad, sino también el desarrollo de competencias éticas, comunicativas y reflexivas. Es indispensable incorporar cursos obligatorios sobre historia de los pueblos indígenas, medicina tradicional, derechos culturales, pluralismo jurídico, antropología médica y comunicación intercultural. Pero esta incorporación debe ir acompañada de un cambio metodológico: no se trata de agregar temas a un currículo saturado, sino de modificar la lógica de enseñanza-aprendizaje para que el futuro profesional no solo memorice datos, sino que se forme en el diálogo, la empatía y la crítica. Las universidades deben promover salidas de campo,

prácticas comunitarias, investigación participativa, contacto directo con parteras, curanderos y sabios locales, para que el estudiante experimente en carne propia el valor de la diversidad cultural y desarrolle habilidades reales para interactuar con respeto y eficacia en contextos pluriculturales.

A nivel de formación continua, es necesario establecer programas de capacitación permanentes para el personal que ya se encuentra en ejercicio, especialmente para quienes trabajan en zonas rurales o en contacto con poblaciones indígenas. Estos programas deben ser diseñados en colaboración con las propias comunidades, con metodologías participativas, en lenguas originarias cuando corresponda, y con una orientación práctica que permita abordar los desafíos reales que enfrentan los profesionales en su quehacer cotidiano. Las capacitaciones deben dejar de ser eventos aislados, de pocas horas, con enfoque teórico, y convertirse en procesos formativos integrales, con acompañamiento, evaluación y seguimiento. Además, deben estar vinculadas a mecanismos de reconocimiento e incentivos, para que el personal vea valor en formarse y aplicarlo.

Otro elemento clave es la formación del personal administrativo y de gestión, que muchas veces toma decisiones sin comprender el contexto cultural en el que se inscriben los servicios de salud. No solo médicos y enfermeros requieren formación intercultural, sino también directores de centros de salud, planificadores regionales, responsables de programas nacionales, y equipos de supervisión. La interculturalidad debe ser un criterio transversal que oriente toda la cadena de toma de decisiones, y no limitarse a quienes tienen contacto directo con el paciente.

También es necesario repensar los criterios de contratación y permanencia del personal en zonas rurales. En la actualidad, muchos profesionales son enviados a comunidades sin ningún tipo de preparación cultural, y se espera de ellos una adaptación inmediata y espontánea. Esta lógica es injusta tanto para el profesional como para la comunidad. Debería exigirse como requisito mínimo una capacitación previa en enfoque intercultural, y garantizar una inducción adecuada al contexto local. Asimismo, se deben diseñar políticas de retención que reconozcan el esfuerzo adicional que implica trabajar en contextos culturalmente complejos, con incentivos económicos, reconocimiento profesional, estabilidad laboral y condiciones dignas de vida.

En definitiva, la formación y capacitación del personal de salud no es un componente accesorio de la política intercultural, sino su núcleo fundamental. Sin profesionales formados en la ética

del respeto, en la humildad epistémica, en la escucha activa y en el diálogo de saberes, cualquier intento de transformar el sistema de salud desde un enfoque intercultural estará condenado a quedarse en el papel. La formación no puede ser solo técnica ni neutra; debe ser política, crítica y comprometida con una visión de salud como derecho humano, como práctica cultural y como expresión de justicia social. Solo así será posible contar con un personal de salud que no solo cure cuerpos, sino que sane heridas históricas y construya puentes entre mundos que han sido separados por siglos de desigualdad.

5.7 INTEGRACIÓN DE SABERES ANCESTRALES EN EL SISTEMA DE SALUD

Integrar los saberes ancestrales en el sistema de salud no es una tarea técnica ni una maniobra simbólica. Es un proceso político, epistemológico y ético que implica reconocer que el conocimiento no es único, que la ciencia no es neutral, y que la salud no puede seguir pensándose solo desde los parámetros de la biomedicina occidental. Esta integración, lejos de suponer una simple incorporación de prácticas tradicionales como complemento exótico, exige un reordenamiento profundo en las relaciones de poder entre sistemas de conocimiento, entre instituciones y entre personas. Supone aceptar que los pueblos indígenas y campesinos poseen saberes válidos, efectivos, complejos y legítimos sobre la salud, la enfermedad, la vida y la muerte. Y, sobre todo, exige que el Estado y sus instituciones estén dispuestos a compartir el espacio terapéutico, a ceder protagonismo y a abrirse a una práctica sanitaria que no se funde únicamente en la evidencia científica convencional, sino también en la memoria colectiva, en la espiritualidad y en la sabiduría transmitida oralmente durante siglos.

> *La partera me entendía. Me daba plantas, me enseñó cómo cargar al bebé, cómo cuidarme. Ella me escuchó. No me juzgó. En cambio, en el centro de salud, me hablaron rápido, no me explicaron bien. Me sentí apurada (C3, madre joven, Paucartambo).*

La figura de la partera sigue siendo un eje central en el acompañamiento materno, especialmente por su cercanía cultural, su saber práctico y su capacidad de escucha. Mientras no exista una política de integración real que reconozca su rol y legitime sus conocimientos, las mujeres seguirán oscilando entre dos mundos, a menudo en tensión.

En las comunidades campesinas del Perú, los saberes ancestrales siguen presentes como una forma cotidiana de enfrentar la vida. Las personas recurren a plantas medicinales para tratar dolencias comunes, a parteras para acompañar el parto y el puerperio, a curanderos y sabios

locales para resolver problemas del cuerpo y del alma, y a rituales de armonización para restablecer el equilibrio con la naturaleza y con las fuerzas espirituales. Estos saberes no son marginales ni residuales, sino parte del tejido social, profundamente ligados a la identidad cultural, a la organización comunitaria y a la visión del mundo de los pueblos. Sin embargo, el sistema de salud estatal los ha abordado históricamente desde la desconfianza, la subvaloración o la omisión. Las prácticas tradicionales son toleradas, pero no incorporadas de forma real al sistema; se permite que coexistan en los márgenes, sin que sean reconocidas como parte del cuidado integral.

> *Cuando una persona enferma, no solo es el cuerpo. Es el espíritu, es el vínculo con la tierra. A veces hay enfermedad porque se ha faltado respeto al cerro, porque el alma se ha asustado, porque ha habido un mal viento. Nosotros trabajamos con plantas, con rezos, con sahumerios. No somos brujos. Somos sabios. La medicina viene de la tierra, no solo del hospital (C4, sabio tradicional, Calca).*

Este testimonio visibiliza un sistema médico ancestral cuya lógica no es exclusivamente biológica, sino espiritual, territorial y simbólica. Para los sabios tradicionales, la enfermedad es una ruptura de vínculos: con la naturaleza, con los espíritus protectores y con la comunidad. Integrar esta visión al sistema formal exige mucho más que tolerancia: requiere una reapertura epistemológica desde el respeto mutuo.

Para avanzar en la integración de estos saberes, es necesario, en primer lugar, construir una política pública clara y vinculante que reconozca la existencia de múltiples sistemas médicos y que promueva su articulación desde una perspectiva de respeto y complementariedad. Esta política debe definir qué se entiende por saber ancestral, quiénes son sus portadores legítimos, qué ámbitos pueden articularse con el sistema oficial, y en qué condiciones. Debe garantizar la participación activa de las comunidades en la toma de decisiones, y asegurar que esta integración no implique la subordinación del saber tradicional a la lógica biomédica, sino un diálogo genuino entre formas distintas de comprender y ejercer la salud.

Una de las claves para lograr esta integración es el reconocimiento formal de los actores tradicionales del cuidado. Parteras, curanderos, hierberos, terapeutas espirituales, sabias y sabios de la comunidad deben ser reconocidos como agentes de salud, con derechos, responsabilidades y un lugar en el sistema. Este reconocimiento no significa medicalizar sus prácticas, ni exigirles certificaciones formales bajo criterios occidentales, sino establecer marcos normativos flexibles y culturalmente pertinentes que les permitan ejercer su labor con

legitimidad y respaldo institucional. Se deben generar mecanismos de acreditación cultural, definidos desde las propias comunidades, y establecer espacios de colaboración respetuosa con el personal de salud, en los que se comparta información, se realicen derivaciones recíprocas, y se diseñen rutas de atención intercultural.

La experiencia en algunos territorios andinos muestra que este tipo de colaboración es posible cuando hay voluntad mutua, condiciones adecuadas y acompañamiento institucional. Por ejemplo, se han documentado partos atendidos de manera conjunta por parteras tradicionales y obstetras, con respeto a los saberes de ambas y priorizando el bienestar de la madre y el recién nacido. En otros casos, se ha permitido el uso de plantas medicinales en el marco de tratamientos médicos, o se han articulado terapias espirituales para el tratamiento de problemas emocionales que no tienen cabida en el diagnóstico biomédico convencional. Estos procesos, aunque aún minoritarios, muestran que la integración no es una utopía ni una concesión, sino una posibilidad concreta de enriquecer la atención y hacerla más humana, más cercana y coherente con la realidad cultural del país.

No obstante, esta integración también enfrenta desafíos importantes. Por un lado, existe el riesgo de que los saberes ancestrales sean apropiados, fragmentados o reducidos a técnicas aisladas, despojadas de su sentido integral y de su contexto cultural. La institucionalización de una práctica tradicional no debe implicar su descontextualización ni su conversión en un simple recurso funcional del sistema biomédico. Por otro lado, es necesario establecer mecanismos de protección del conocimiento tradicional, para evitar su explotación comercial sin consentimiento, y garantizar que las comunidades mantengan el control sobre su propio saber. La integración no puede convertirse en una forma renovada de colonización epistemológica; debe ser un acto de justicia y de restitución.

Asimismo, el Estado debe invertir en la sistematización, documentación y fortalecimiento de los saberes ancestrales desde metodologías participativas. Esto no significa traducir todo al lenguaje científico ni convertir cada práctica en evidencia empírica cuantificable, sino generar conocimiento que permita visibilizar su valor, su lógica interna y su impacto positivo en la salud comunitaria. La articulación con universidades, centros de investigación, y organizaciones indígenas puede contribuir a este proceso, siempre que se realice con ética, consentimiento informado y respeto a la propiedad colectiva del saber.

En síntesis, la integración de los saberes ancestrales en el sistema de salud no es una medida marginal, sino una transformación estructural que implica romper con siglos de exclusión y construir un modelo de atención verdaderamente plural. Es una tarea que exige coraje institucional, sensibilidad cultural y voluntad política, pero que también representa una oportunidad única para fortalecer la salud pública desde la raíz, desde el territorio, desde la memoria viva de los pueblos. Integrar los saberes ancestrales es, en última instancia, una forma de reconocer que el bienestar no se impone, se construye en comunidad, desde el diálogo, el respeto y la reciprocidad.

5.8 PROPUESTAS DE MEJORA EN LA INFRAESTRUCTURA Y ACCESO A LA SALUD

La infraestructura sanitaria y el acceso físico a los servicios de salud constituyen dimensiones críticas y frecuentemente desatendidas en el análisis del enfoque intercultural. Si bien este último se ha vinculado tradicionalmente con elementos simbólicos, culturales y comunicacionales, es indispensable reconocer que sin condiciones materiales adecuadas no es posible garantizar una atención de calidad, oportuna y respetuosa. La interculturalidad no puede implementarse plenamente en centros de salud que carecen de agua potable, electricidad, espacios adecuados para la atención de partos, equipamiento básico o incluso personal estable. Por ello, hablar de salud intercultural sin abordar la infraestructura es, en última instancia, una forma de mantener las desigualdades estructurales bajo el disfraz de la inclusión discursiva.

> *Aquí los problemas emocionales no se entienden igual que en la ciudad. La gente no habla de depresión o ansiedad. Hablan de 'susto', de 'pena', de 'enojo del alma'. Y eso no está en los manuales. He tenido que aprender a preguntar diferente, a escuchar sin juicio, y, sobre todo, a no imponer etiquetas. Porque si no hablas su lenguaje, no te cuentan nada (E6, psicóloga rural, región Cusco).*

El testimonio de E6 subraya cómo los marcos diagnósticos occidentales pueden resultar inadecuados para comprender y abordar el sufrimiento psíquico en contextos andinos. La salud mental en estas comunidades está profundamente ligada a elementos espirituales, comunitarios y simbólicos, que no se reducen a categorías clínicas. Este enfoque obliga a una relectura crítica de la práctica psicológica y abre el campo para una verdadera psicología intercultural.

En muchos territorios rurales del país, especialmente en zonas altoandinas y de difícil acceso, los establecimientos de salud se encuentran en condiciones precarias. Se trata, en muchos casos, de postas o centros de atención primaria construidos hace décadas, sin mantenimiento

adecuado, con techos deteriorados, espacios reducidos, sin salas de espera, ni privacidad para la consulta, ni condiciones mínimas para la atención de urgencias o partos. Algunos de estos establecimientos no cuentan con agua potable ni desagüe, y dependen de sistemas eléctricos inestables o inexistentes, lo que impide incluso la conservación adecuada de vacunas o medicamentos que requieren refrigeración. Estas condiciones no solo vulneran la dignidad de los usuarios y del personal de salud, sino que deslegitiman al sistema mismo frente a la comunidad, que percibe que el Estado no valora su salud en la misma medida que la de los sectores urbanos.

Las distancias geográficas y la falta de vías de acceso constituyen otro obstáculo persistente. En muchas comunidades, para llegar al centro de salud más cercano, las personas deben caminar varias horas, cruzar ríos, atravesar terrenos difíciles o depender de transporte privado costoso e irregular. Esta situación se agrava en épocas de lluvias, donde los caminos se vuelven intransitables, o durante emergencias, donde la falta de ambulancias o medios de transporte adecuados puede ser la diferencia entre la vida y la muerte. Las mujeres gestantes, las personas mayores y los niños pequeños son los más afectados por estas condiciones, pues enfrentan un riesgo permanente de complicaciones que no pueden ser atendidas a tiempo. Este panorama revela que el acceso a la salud en zonas rurales no es un derecho garantizado, sino un privilegio condicionado a la geografía, a los recursos personales y a la capacidad de resistencia de las familias.

Frente a esta realidad, se vuelve urgente diseñar e implementar un plan nacional de mejora de infraestructura en salud rural con enfoque territorial e intercultural. Este plan debe ser participativo, integral y orientado a reducir las brechas históricas de inversión pública entre zonas urbanas y rurales. No se trata solo de construir nuevos establecimientos, sino de reconstruir la confianza entre el Estado y las comunidades, demostrando que el acceso a la salud no depende del lugar donde se nace. Este proceso debe iniciarse con un diagnóstico técnico y social de las condiciones de infraestructura, realizado en colaboración con las autoridades comunales, los profesionales de salud locales y los propios usuarios. Dicho diagnóstico debe identificar prioridades, no únicamente desde la perspectiva biomédica, sino también considerando los elementos culturales relevantes: por ejemplo, la necesidad de espacios amplios para el acompañamiento familiar, salas que permitan partos verticales o la realización de rituales, lugares para el descanso de las parteras o zonas seguras para la conservación de plantas medicinales.

La infraestructura intercultural no puede replicar ciegamente el modelo urbano. Debe adaptarse a la geografía, al clima, a la cosmovisión local y a la forma en que se concibe el cuidado en cada comunidad. Esto implica repensar los diseños arquitectónicos, los materiales de construcción, la organización de los espacios y hasta la ubicación misma de los establecimientos. Además, debe contemplar la inclusión de tecnologías apropiadas, como paneles solares, sistemas de captación de agua, y conectividad digital que permita la telesalud en zonas remotas. El diseño debe ser, también, estéticamente respetuoso con el entorno, evitando imponer estructuras que refuercen la sensación de extrañeza o dominación cultural. El centro de salud debe integrarse al paisaje y a la vida comunitaria, no funcionar como una isla de cemento ajena al territorio que lo rodea.

El mejoramiento de la infraestructura debe ir acompañado de estrategias sostenibles de transporte y movilidad sanitaria. Es fundamental garantizar medios de traslado para emergencias, ambulancias adaptadas a los caminos rurales, convenios con transportistas locales, y redes de referencia y contrarreferencia que aseguren la continuidad del tratamiento. Asimismo, es indispensable crear sistemas de vigilancia comunitaria que permitan detectar a tiempo situaciones de riesgo, especialmente en mujeres gestantes, neonatos o personas con enfermedades crónicas. Estas redes pueden articularse con los promotores de salud, agentes comunitarios y líderes locales, empoderándolos como parte activa del sistema y fortaleciendo la respuesta desde el territorio.

La infraestructura, finalmente, también debe incluir inversión en equipamiento, tecnología médica y acceso a medicamentos. Un centro de salud que no dispone de lo básico como tensiómetros, balanzas, material estéril, ecógrafos o refrigeración adecuada no puede ofrecer una atención digna, por más buena voluntad que tenga el personal. En este sentido, las políticas públicas deben contemplar presupuestos diferenciados para zonas rurales, mecanismos de adquisición transparente y eficiente, y sistemas de mantenimiento continuo. Además, se deben fortalecer los laboratorios regionales, los centros de diagnóstico por imágenes, y las farmacias comunales, evitando que las personas deban desplazarse a ciudades lejanas para realizarse exámenes básicos o comprar medicamentos esenciales.

El acceso a la salud también implica acceso a la información, a la orientación y a la educación sanitaria. Por ello, toda política de infraestructura debe contemplar espacios de encuentro, de diálogo, de aprendizaje comunitario. Centros donde no solo se curen enfermedades, sino donde

se fortalezca el conocimiento colectivo, se compartan saberes, se promueva el autocuidado y se construya salud desde la base. La infraestructura, bien concebida, puede ser un punto de confluencia entre el saber ancestral y el saber biomédico, un lugar donde la medicina moderna y la medicina tradicional se encuentren en igualdad, en beneficio de la comunidad.

En conclusión, mejorar la infraestructura y el acceso a la salud en comunidades campesinas no es un acto técnico, sino una acción de justicia. Es reconocer que durante demasiado tiempo el sistema de salud ha estado construido sobre la exclusión geográfica y cultural, y que es hora de revertir esa lógica. La infraestructura no es solo cemento, ladrillos o instrumental: es una forma de presencia del Estado, es una señal de respeto, es una puerta que puede abrirse al diálogo, a la confianza y al reconocimiento mutuo. Sin infraestructura digna no hay salud intercultural posible. Pero con una infraestructura adecuada, situada, participativa y culturalmente sensible, se puede empezar a sanar no solo cuerpos, sino también heridas históricas profundas.

6 CONSIDERACIONES FINALES

> Sería bonito que haya un lugar para nuestras plantas, que la partera pueda entrar, que el sabio pueda decir su palabra. Pero no sé si nos van a tomar en serio. Siempre piensan que lo de ellos es mejor. Pero la gente de aquí también sabe. Solo que no tenemos diploma.
>
> Comunera quechuahablante, Canas

La presente investigación ha tenido como eje central el análisis crítico del sistema de salud desde la perspectiva de la interculturalidad, focalizándose en su aplicación y desarrollo en contextos rurales campesinos. A través del recorrido por marcos teóricos, normativos, testimonios, estudios de caso y reflexiones comparadas, ha sido posible develar la profundidad de la brecha existente entre el discurso institucional sobre salud intercultural y la realidad concreta que enfrentan día a día las comunidades campesinas en el Perú. Las conclusiones que emergen de este estudio no son solo afirmaciones técnicas; constituyen también un llamado ético, político y cultural para repensar profundamente la manera en que se concibe, organiza y ejerce el derecho a la salud en un país plurinacional y pluricultural.

Aquí se plantea con claridad una demanda de integración basada en el reconocimiento mutuo. No se niega el valor del conocimiento biomédico, pero se exige que el saber ancestral deje de ser invisibilizado o tratado como inferior. La interculturalidad, para que sea real, debe traducirse en espacios, recursos y legitimidad compartida.

En primer lugar, se constata que el sistema de salud en comunidades campesinas continúa operando bajo una lógica monocultural, hegemónica y centralista. A pesar de los avances normativos y de los discursos que proclaman el respeto por la diversidad cultural, la atención médica sigue siendo predominantemente biomédica, estandarizada y descontextualizada. Las prácticas de sanación tradicionales son relegadas al ámbito informal o simbólicamente reconocidas sin una integración real. Esto genera no solo desconfianza hacia el sistema, sino también una exclusión estructural de miles de personas que no encuentran en los servicios de salud un espacio respetuoso, comprensible ni digno.

En segundo lugar, se ha evidenciado que la percepción de los profesionales de salud respecto a la interculturalidad está atravesada por tensiones, contradicciones y limitaciones formativas. Si bien existe una creciente apertura y disposición en algunos sectores, persiste una formación profesional que no proporciona herramientas suficientes para el diálogo de saberes, el

reconocimiento de los sistemas médicos ancestrales ni la comprensión profunda de las cosmovisiones locales. Esta carencia se traduce en prácticas que, en muchos casos, perpetúan el desconocimiento, el trato vertical y la deslegitimación del paciente como sujeto de saber.

En tercer lugar, la investigación ha demostrado que las barreras para la implementación del enfoque intercultural en salud no son meramente operativas o técnicas, sino estructurales. El problema no radica únicamente en la falta de recursos o protocolos, sino en una visión de salud que aún no ha sido deconstruida desde una perspectiva plural. Persisten prejuicios institucionales, relaciones asimétricas de poder, y una cultura burocrática que ve la interculturalidad como un accesorio o una carga, en lugar de asumirla como un principio rector del derecho a la salud en contextos de diversidad.

A pesar de ello, el análisis comparado con experiencias exitosas en otros países de América Latina ha permitido comprobar que es posible construir modelos de salud intercultural institucionalizados, viables y efectivos. Los casos de Bolivia, Ecuador y Colombia demuestran que, con voluntad política, reconocimiento legal, participación de los pueblos originarios y reforma estructural del sistema de salud, se puede avanzar hacia una atención médica respetuosa, integral y culturalmente adecuada. Estas experiencias no son recetas, pero sí referencias inspiradoras para repensar el camino que el Perú puede y debe recorrer.

En cuarto lugar, los testimonios de los actores involucrados tanto profesionales de salud como miembros de las comunidades campesinas han permitido acceder a una dimensión vivencial que no siempre es captada por los documentos normativos o los informes técnicos. Estas voces dan cuenta de una historia de exclusión, pero también de resistencia, de creatividad, y de prácticas concretas de integración de saberes que, aunque aisladas, abren posibilidades de transformación. Las comunidades no rechazan el sistema de salud por ignorancia, sino por haber sido históricamente marginadas de él. Exigen respeto, comprensión, y un sistema que dialogue con su cultura, en lugar de imponerle una visión ajena.

De modo tal, la investigación ha planteado propuestas concretas para fortalecer el enfoque intercultural en salud, que abarcan desde la reforma educativa hasta la mejora de la infraestructura, desde el reconocimiento de los agentes tradicionales hasta la institucionalización del diálogo de saberes. Estas propuestas no son simplemente sugerencias técnicas, sino exigencias de justicia social, histórica y cultural. El Estado tiene una deuda

pendiente con los pueblos indígenas y campesinos, y saldarla pasa necesariamente por garantizar un sistema de salud que no solo cure enfermedades, sino que también sane las heridas de siglos de discriminación, invisibilización y despojo.

La tesis concluye que una verdadera salud intercultural en comunidades campesinas no es una utopía, sino una necesidad y una posibilidad. Pero para que se concrete, se requiere un cambio de paradigma, una transformación del rol del Estado y una revalorización de los saberes ancestrales como parte esencial del derecho a una vida digna. La interculturalidad no es una meta, es un camino, y su recorrido exige valentía, humildad, y la voluntad colectiva de construir un país en el que todas las culturas puedan vivir, sanar y convivir en condiciones de igualdad.

Como toda investigación académica, este estudio reconoce sus límites tanto metodológicos como contextuales. Identificar y reflexionar sobre estas limitaciones no busca deslegitimar los hallazgos, sino transparentar el proceso investigativo, situar sus alcances y abrir el campo para futuras investigaciones que puedan profundizar, ampliar o complementar lo aquí planteado.

Una primera limitación está relacionada con el alcance territorial del trabajo de campo. Si bien se tomaron como referencia comunidades campesinas de características representativas, no es posible generalizar los hallazgos a la totalidad del territorio nacional, dada la enorme diversidad geográfica, cultural y lingüística que caracteriza al Perú. Las particularidades locales como las formas de organización comunal, los tipos de medicina tradicional vigente o el grado de presencia estatal varían significativamente entre regiones andinas, amazónicas y costeras. Por tanto, los análisis realizados deben ser leídos dentro de los marcos territoriales específicos en los que fueron contextualizados, reconociendo que existen otras realidades que podrían presentar elementos distintos o incluso contrastantes.

Una segunda limitación reside en el tiempo y los recursos disponibles para la ejecución del trabajo de campo. Las restricciones propias de la investigación académica como la duración del ciclo de tesis, el acceso limitado a ciertos espacios institucionales y los recursos económicos personales condicionaron la profundidad y extensión del proceso de entrevistas y observación participante. Si bien se recolectaron testimonios valiosos de profesionales de salud y de miembros de comunidades campesinas, un trabajo de mayor duración podría haber permitido consolidar una etnografía más robusta, acompañar procesos comunitarios a largo plazo o establecer relaciones de confianza más sostenidas con los actores involucrados. No obstante,

los datos obtenidos fueron suficientes para identificar patrones, tensiones y representaciones significativas que dan solidez a los hallazgos.

Una tercera limitación está vinculada al acceso a fuentes institucionales y documentos oficiales. En algunos casos, la información pública del sector salud es fragmentaria, desactualizada o no desagregada territorialmente, lo que dificultó realizar análisis comparativos más precisos sobre presupuestos, programas en ejecución o resultados diferenciados por población indígena o rural. A ello se suma que no siempre existe una sistematización rigurosa de las experiencias locales de salud intercultural impulsadas desde el Estado, lo que impide tener una visión integral de las políticas implementadas en las últimas décadas. Esta limitación estructural revela también una debilidad del propio sistema de información estatal, que debería ser fortalecido para permitir un monitoreo más transparente y participativo del enfoque intercultural.

Asimismo, se debe reconocer que toda investigación que trabaja con culturas diversas enfrenta el desafío de la traducción intercultural. Las categorías utilizadas, las preguntas formuladas, las interpretaciones realizadas por la investigadora están inevitablemente mediadas por su formación, sus referentes conceptuales y sus propios marcos de sentido. Aunque se hizo un esfuerzo consciente por adoptar una actitud reflexiva y de escucha activa, es posible que ciertos significados o matices culturales no hayan sido plenamente comprendidos o transmitidos con la profundidad que merecen. Este riesgo es inherente a cualquier trabajo intercultural y requiere un compromiso ético constante para no imponer lecturas externas sobre realidades complejas, ni reducir la riqueza simbólica de las culturas estudiadas a categorías analíticas simplificadas.

Finalmente, es necesario señalar que esta investigación se realizó en un contexto institucional y político cambiante, en el que las prioridades del Estado en materia de salud intercultural han sido inestables. Cambios de gestión, reformas parciales, discontinuidad de programas y crisis sanitarias (como la ocasionada por la pandemia de Covid-19) han alterado el curso de muchas políticas y afectado las condiciones de atención en comunidades rurales. Esta variabilidad institucional dificulta la evaluación longitudinal de los impactos y obliga a que cualquier análisis sea contextualizado en función de los periodos específicos de implementación de las políticas públicas.

En suma, estas limitaciones no restan valor al contenido de la investigación, pero sí invitan a mantener una lectura crítica, abierta y consciente de sus alcances. Reconocer los límites del

trabajo realizado es también una forma de abrir la puerta a nuevas preguntas, de proponer otras metodologías, y de alentar futuras investigaciones que profundicen en la construcción de un sistema de salud verdaderamente intercultural, arraigado en los territorios y construido desde los pueblos.

El presente estudio ha abierto múltiples interrogantes que, por razones de enfoque, delimitación temática y alcance metodológico, no pudieron ser desarrollados en profundidad. Sin embargo, su identificación constituye un valioso punto de partida para nuevas investigaciones que contribuyan a seguir construyendo un cuerpo de conocimiento crítico, situado y transformador en torno a la salud intercultural. Las líneas de investigación que se proponen a continuación no solo responden a vacíos académicos, sino a necesidades concretas de los pueblos y comunidades que demandan un sistema de salud más justo, accesible y culturalmente pertinente.

Una primera línea de investigación prioritaria es el estudio profundo y sistemático de los sistemas médicos tradicionales desde una perspectiva propia, es decir, elaborada desde los pueblos originarios y campesinos, con su participación activa y con respeto pleno a su cosmovisión. Esto implica superar las miradas etnográficas meramente descriptivas y avanzar hacia investigaciones colaborativas, metodologías participativas y enfoques descolonizadores que reconozcan a los sabios, curanderos, parteras y terapeutas ancestrales como productores legítimos de conocimiento. Se requiere, en este sentido, recuperar las categorías nativas de salud, enfermedad, cuerpo, equilibrio y curación, entendidas desde el idioma, la espiritualidad y la lógica cultural de cada comunidad. La construcción de epistemologías propias es una deuda pendiente que la academia debe saldar en alianza con los pueblos.

Una segunda línea de investigación se orienta a la evaluación crítica de las políticas públicas en salud intercultural, no solo desde su diseño normativo, sino desde su implementación concreta y su impacto real en la vida de las comunidades. Esta evaluación debe incorporar enfoques cualitativos, métodos participativos y, sobre todo, la voz directa de los usuarios y agentes tradicionales de salud. Resulta urgente estudiar cuáles políticas han logrado cambios sostenibles, cuáles han fracasado y por qué, qué condiciones facilitan la implementación del enfoque intercultural y cuáles lo obstaculizan. Esta línea permitiría, además, construir indicadores interculturales de calidad de atención, satisfacción del usuario, integración de saberes y legitimidad comunitaria, aspectos que hoy no forman parte del sistema oficial de monitoreo del sector salud.

Una tercera línea de investigación imprescindible es el análisis del proceso formativo de los profesionales de salud y la revisión de las mallas curriculares en las universidades e institutos superiores. Se requiere una mirada crítica a los planes de estudio, a las metodologías docentes, a las prácticas clínicas y a los espacios de internado o Serums, para identificar cómo se reproduce (o desafía) el paradigma monocultural en la formación profesional. Esta línea debe incluir estudios de percepción de estudiantes, docentes y directivos, así como propuestas innovadoras de formación en salud con enfoque intercultural. La transformación del sistema de salud comienza, en gran medida, por la transformación de la educación en salud.

Una cuarta línea necesaria es el análisis jurídico y político del lugar que ocupan los sistemas médicos ancestrales en el marco legal del país. Esto incluye el estudio de los vacíos normativos, las contradicciones entre políticas, las posibilidades de reconocimiento legal de agentes tradicionales de salud, y la compatibilidad (o tensiones) entre el derecho positivo estatal y los sistemas normativos propios de los pueblos indígenas. También es pertinente analizar cómo se aplica en el Perú el Convenio 169 de la OIT, la Declaración de la ONU sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, y otras normas internacionales en materia de salud y diversidad cultural. Este enfoque jurídico puede fortalecer las estrategias de exigibilidad del derecho a una salud culturalmente adecuada, y contribuir a la construcción de un marco legal intercultural, más coherente y justo.

Finalmente, una quinta línea de investigación necesaria es la sistematización y evaluación de experiencias exitosas de salud intercultural en territorio, tanto en el Perú como en otros países. Existen múltiples experiencias valiosas que han logrado integrar saberes, establecer relaciones de colaboración entre sistemas médicos, fortalecer la medicina tradicional o construir modelos de atención respetuosos de la cultura local. Sin embargo, muchas de estas experiencias no han sido suficientemente documentadas, visibilizadas ni compartidas. Una línea de investigación comparada, que identifique factores de éxito, buenas prácticas, obstáculos superados y aprendizajes replicables, puede servir de insumo fundamental para el diseño de políticas públicas más eficaces y contextualizadas.

Estas líneas de investigación son, a su vez, invitaciones. Invitaciones a los futuros investigadores, a las universidades, a las organizaciones sociales, a los profesionales de salud y a los propios pueblos, a seguir construyendo saber, a seguir cuestionando las verdades impuestas, a seguir soñando y diseñando un sistema de salud que no solo cure, sino que respete,

escuche, aprenda y transforme. La interculturalidad no está concluida: está en construcción. Y esa construcción requiere pensamiento crítico, compromiso político y voluntad colectiva. La presente tesis es apenas un paso en ese camino.

REFERENCIAS

ACOSTA, Alberto. El Buen Vivir: sumak kawsay, una oportunidad para imaginar otros mundos. Barcelona: Icaria Editorial, 2012.

ALLEBRANDT, S. L. Prefácio. In: BONFADA, L. C. *Cidadania, direitos fundamentais e acesso à justiça*: a democratização em cidades não sedes de Comarca. Londrina, PR: Thoth, 2025. P. 17-19.

ALLEBRANDT, S. L.; PREDIGER, R. P. Escopo metodológico. In: ALLEBRANDT, S. L.; TENÓRIO, F. G. (Eds.). *Controle social de territorios*: teoria e prática. Ijuí: Ed. Unijuí, 2018. v. 2. p. 29-44. Disponible en: https://www.editoraunijui.com.br/produto/2176. Consultado en: 10 oct. 2023.

ALVES-MAZZOTTI, Alda Judith. O Método nas Ciências Sociais. In: GEWANDSZNAJDER, F.; ALVES-MAZZOTTI, A. J. *O método nas ciências naturais e sociais*: pesquisa quantitativa e qualitativa. 2ª ed. São Paulo: Pioneira, 2002. p. 107-188.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. 1. ed. rev. e ampl. São Paulo: Edições 70, 2011.

BENAVIDES, M.; MENA, M.; PONCE, C. *Estado de la Niñez Indígena en el Perú*. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI); Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef), 2010. Disponibel en: https://centroderecursos.cultura.pe/sites/default/files/rb/pdf/Estado%20de%20la%20ninez%20indigena%20en%20el%20Peru.pdf. Consultado en: 15 oct. 2023.

BOLÍVIA. Ministério de Salud. *Modelo Safci*: Salud Familiar Comunitaria Intercultural. La Paz: Ministerio de Salud, 2011.

CASTRO GÓMEZ, Santiago; GROSFOGUEL, Ramón (orgs.). El giro decolonial: reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global. Bogotá: Siglo del Hombre Editores; Pontificia Universidad Javeriana; Instituto Pensar, 2007.

DE LA CADENA, Marisol. Indigenous Cosmopolitics in the Andes. Cultural Anthropology, v. 25, n. 2, p. 334–370, 2010.

DEFENSORÍA del Pueblo. Acceso a servicios de salud en comunidades indígenas. Lima: Defensoría del Pueblo, 2018.

ESPINOSA, Óscar. Pluralismo jurídico y comunidades indígenas en el Perú. Lima: IEP, 2015.

FAIRCLOUGH, N. *Discurso e mudança social*. Tradução de Izabel Magalhães. Brasília: Ed. UNB, 2001.

FRANCO, R. Los paradigmas de la política social en la América Latina. Santiago de Chile, *Revista de la Cepal*, n. 58, p. 9-22, abr. 1996. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/05f37bb0-bb5b-44e5-8053-61d9bdebd95e/content. Consultado en: 12 febr. 2024.

GARCÉS, A. *Barreras culturales y lingüísticas en el acceso a la salud en Perú.* Lima: Fondo Editorial de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2015.

GARCIA, L. *Evaluación del Centro de Salud Intercultural Kechwa-Lamas.* Lima: Fondo Editorial de la Universidad Nacional de San Martín, 2021.

GROSFOGUEL, R. *Descolonizar los saberes, reinventar la sociología*. Bogotá: Siglo del Hombre Editores, 2007.

GUDYNAS, Eduardo. Derechos de la naturaleza: ética biocéntrica y políticas ambientales. Lima: RedGE – CEPES, 2015.

KROEBER, A. L.; KLUCKHOHN, C. Culture: A Critical Review of Concepts and Definitions. *Harvard University.Peabody Museum of American Acheology and Ethnology Papers*, v. 47, nº 1, 1952.

KUPER, A. *Culture* – The Anthropologists′ Account. Cambridge: Harvard University Press, 1999.

KYMLICKA, Will. Ciudadanía multicultural: una teoría liberal de los derechos de las minorías. Barcelona: Paidós, 1996.

LAZO-BRIONES, P. *Crítica del multiculturalismo, resemantización de la multiculturalidad.* Distrito Federal de México: Plaza y Valdés Editores; Universidad Iberoamericana (UIA), 2010.

MIDAGRI. (s.f.). *Diagnóstico de la titulación agraria en el Perú*. Disponible en: https://www.midagri.gob.pe/portal/69-marco-legal/titulacion-y-creditos/409-titulacionagraria-en-el-peru. Consultado en: 14 ago. 2024.

OPS. Organización Panamericana de la Salud. *Diversidad Cultural y Salud*. Site, s. f. Disponible en: https://www.paho.org/es/temas/diversidad-cultural-salud. Consultado en: 20 oct. 2024.

OPS. Organización Panamericana de la Salud. *Plan de salud para la juventud indígena de América Latina y el Caribe.* Fondo para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de América Latina y el Caribe, 2017.

PACHECO, R. Políticas públicas y planificación estratégica en Perú. *Quipukamayoc*, v. 28, n. 57, p. 101-111. 2020. Disponible en: https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/quipu/article/view/18636/15768. Consultado en: 11 jul. 2024.

PALOMINO, M. *Parteras tradicionales y salud materna en los Andes peruanos.* Cusco: Instituto de Estudios Andinos, 2019.

PERÚ. Midis. Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. *Resolución Ministerial N° 227-2014-Midis*. Lima: Midis, 2014. Disponibel en: https://www.gob.pe/institucion/midis/normas-legales/7324-227-2014-midis. Consultado en: 27 nov. 2023.

PERU. Minsa. Ministerio de Salud. *Directiva administrativa para la implementación de servicios de salud con enfoque intercultural en el primer nivel de atención.* Perú: Imprenta Cadillo S.R.L., 2016.

PERU. Ministerio de Cultura. Diagnóstico de barreras lingüísticas en el acceso a servicios públicos. Lima: Ministerio de Cultura, 2019.

PERÚ. Constitución Política del Perú. Lima: Congreso de la República, 1993.

PREDIGER, R. P.; SCHERER, ; ALEBRANDT, S. L. Hermenêutica de profundidade e suas possibilidades metodológicas: um levantamento bibliométrico da produção científica com essa metodologiala. *Revista Contribuciones a las Ciencias Sociales*, enero 2018. Disponible en: https://www.eumed.net/rev/cccss/2018/01/hermeneutica-produccion-cientifica.html. Consultado en: 24 oct. 2023.

QUIJANO, Aníbal. Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina. Revista Internacional de Ciencias Sociales – UNESCO, v. 49, n. 153, p. 93-117, 2000.

RENGIFO-VÁSQUEZ, G. *Saberes y prácticas de vida*: propuestas andinas para otro mundo posible. Lima: Pratec, 2006.

SALDAÑA-TEJEDA, Ariana. Interculturalidad en salud: discursos y prácticas en tensión. Revista de Salud Colectiva, Buenos Aires, v. 13, n. 3, p. 567–582, 2017.

SARTORI, G. *La Sociedad Multiétnica. Pluralismo, Interculturalismo, Multiculturalismo y Extranjeros.* Madrid: Taurus, 2001.

SCHULES, R. *Plantas Medicinales de la Amazonía Peruana.* Londres: Royal Botanic Gardens, 1981.

THOMPSON, John B. *Idelologia e cultura moderna*: teoria crítica na era dos meios de comunicação de massa. Petrópolis, vozes, 1995.

TOLEDO, Victor M. El metabolismo social: una teoría de la economía ecológica. México D.F.: Fondo de Cultura Económica, 2013.

TORBISCO-CASALS, N. *Minorías Culturales y Derechos Colectivos*: un enfoque liberal. Tesis Doctoral en Derecho en la Universidad Pompeu Fabra. Barcelona: UPF, 2000.

TUBINO, F. Interculturalidad y política. Lima: Fondo Editorial del Congreso del Perú, 2005.

UNFPA. Fondo de Población de las Naciones Unidas. *Material de apoyo para la sensibilización en la salud intercultural* (Vol. Primera Edición). Mantaraya S.R.L, 2017.

VALDEZ, J. *Modelo de salud intercultural en Puno*: Resultados y desafíos. Puno: Universidad Nacional del Altiplano, 2020.

WALSH, C. Interculturalidad y colonialidad del poder: un pensamiento y posicionamiento ‘otro’ desde la diferencia colonial. In: WALSH, C.; MIGNOLO, W.; QUIJANO, A. Interculturalidad, descolonización del Estado y del conocimiento. Quito: UASB, 2009.

WALSH, C. *Interculturalidad crítica y pedagogía de-colonial*. Buenos Aires: Ediciones del Signo, 2008.

WALSH, Catherine. Interculturalidad, Estado, sociedad: luchas (de)coloniales de nuestra época. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar, 2009.

ZÁRATE-PÉREZ, A. Interculturalidad y decolonialidad. *Tabula Rasa*, n. 20, ene.-jun., 2014, p. 91-107. Disponible en:

https://revistas.universidadmayor.edu.co/index.php/tabularasa/article/view/1287/1853. Consultado en: 13 may. 2025.

ZIZEK, S. Multiculturalismo, o la lógica cultural del capitalismo multinacional. In: ZIZEK, S.; JAMESON, F. *Estudios Culturales*. Reflexiones sobre el multiculturalismo. Buenos Aires: Paidós, 1998. p. 137-188.

APÊNDICE: PREGUNTAS ORIENTADORAS PARA ENTREVISTAS CON PARTICIPANTES EN LA INVESTIGACIÓN

1. ¿Cuáles son las políticas públicas actuales en salud intercultural en Cusco?
2. ¿Cómo se implementa la Ley de Medicina Tradicional en las comunidades andinas?
3. ¿Qué nivel de acceso tienen las comunidades campesinas a los servicios de salud intercultural?
4. ¿Están capacitados los recursos humanos en salud intercultural en Cusco?
5. ¿Cuáles son las principales barreras en la integración de prácticas de salud tradicionales y occidentales?
6. ¿Qué prácticas de salud tradicionales existen en las comunidades andinas?
7. ¿Hay casos de éxito en la implementación de servicios de salud intercultural?
8. ¿Cómo perciben las comunidades campesinas la atención de salud que reciben?
9. ¿Son más efectivos los servicios de salud intercultural comparados con los convencionales?
10. ¿Cuáles son los desafíos específicos que enfrentan las comunidades indígenas en la sierra peruana?
11. ¿Cómo colaboran las autoridades sanitarias con los líderes comunitarios?
12. ¿Qué impacto tiene la deforestación y la minería en la salud de las comunidades?
13. ¿Cómo se implementa el Decreto Supremo 016-2016-SA en Cusco?
14. ¿Se usa y acepta la medicina tradicional en los servicios de salud?
15. ¿Cuáles son las enfermedades más comunes en las comunidades campesinas?
16. ¿Cómo son las tasas de mortalidad infantil y materna en la región de Cusco?
17. ¿Cómo se forman las parteras y curanderos en las comunidades andinas?
18. ¿Qué rol desempeñan los chamanes en la atención de salud comunitaria?
19. ¿Cómo afecta la contaminación ambiental a la salud de las comunidades?
20. ¿Qué programas de salud intercultural existen en Cusco?
21. ¿Qué piensan los profesionales de salud sobre la medicina tradicional?
22. ¿Son efectivas las campañas de salud pública en comunidades campesinas?
23. ¿Cómo es la infraestructura de los centros de salud en la región de Cusco?
24. ¿Están disponibles los medicamentos tradicionales y occidentales?
25. ¿Cuál es la relación entre salud intercultural y justicia social en Cusco?
26. ¿Qué experiencias de otros países existen en la implementación de salud intercultural?
27. ¿Cómo impacta la legislación en la salud intercultural?
28. ¿Cómo se educa y sensibiliza sobre salud intercultural en las comunidades?
29. ¿Qué prácticas de salud preventiva existen en las comunidades andinas?
30. ¿Existen programas de salud mental en Cusco?
31. ¿Cuál es la relación entre prácticas de salud tradicionales y enfermedades crónicas?
32. ¿Participa la comunidad en la planificación de servicios de salud?
33. ¿Qué impacto tiene la educación en salud intercultural en los resultados de salud?
34. ¿Cuáles son las necesidades no satisfechas en salud intercultural?
35. ¿Cómo afecta la migración a la salud de las comunidades campesinas?
36. ¿Es diferente el acceso a servicios de salud intercultural en zonas rurales y urbanas?
37. ¿Qué piensan los jóvenes sobre la medicina tradicional?
38. ¿Cuáles son los métodos de recolección de datos más efectivos para investigar la salud intercultural?
39. ¿Qué impacto tienen los programas de salud intercultural en la calidad de vida?
40. ¿Qué experiencias de salud intercultural existen en otras regiones del Perú?