

¿Y la salud intercultural?: Lecciones desde la pandemia que no debemos olvidar

What about intercultural health?: Lessons from the pandemic that we should not forget

E a saúde intercultural: lições da pandemia que não devemos esquecer

Maria Amalia Pesantes
Camila Gianella

Dossier: Reflexiones y perspectivas en torno a la pandemia del COVID-19

Editores: Luisa Elvira Belaunde, Gilton Mendes y Edgar Bolívar-Urueta

Fecha de envío: 2020-06-27. **Devuelto para revisiones:** 2020-08-27. **Fecha de aceptación:** 2020-09-29.

Cómo citar este artículo: Pesantes, M.A., y Gianella, C. (2020). ¿Y la salud intercultural?: Lecciones desde la pandemia que no debemos olvidar. *Mundo Amazónico*, 11(2), 93-110. <http://dx.doi.org/10.15446/ma.v11n2.88659>

Resumen

Los que trabajamos en salud indígena sabemos que es muy común que los pobladores indígenas o campesinos sean representados como culpables de sus problemas de salud, desconociendo que los pobres indicadores de salud en los lugares con mayor porcentaje de población indígena son, en gran medida, consecuencia de un Estado negligente incapaz de garantizar acceso y disponibilidad de servicios de salud de calidad a las comunidades indígenas del país. En el marco de la pandemia del COVID-19 que viene afectando intensamente a la población indígena amazónica del Perú, los pueblos indígenas están mostrando que sus prácticas culturales, ignoradas y discriminadas por el sector salud pueden contribuir en el cuidado de aquellos afectados por el COVID-19. A partir del análisis de la iniciativa del Comando Matico en la Amazonía peruana mostramos la capacidad de los pueblos indígenas para implementar iniciativas interculturales autónomas al Estado central. Este artículo muestra que en el Perú no nos faltan normativas detallando el enfoque intercultural en la atención de salud. Lo que hace falta es reconocer la importancia de pensar que los conocimientos

Maria Amalia Pesantes. Doctora en Antropología Médica, Magister en Salud Pública y Desarrollo Internacional. Actualmente se desempeña como Profesora Auxiliar del Departamento de Antropología y Arqueología de Dickinson College (USA) y como Investigadora Asociada en la Universidad Peruana Cayetano Heredia. pesantma@dickinson.edu
Camila Gianella-Malca. Doctora en psicología. Directora Ejecutiva Centro de Investigaciones Sociológicas, Económicas, Políticas y Antropológicas – CISEPA (Pontificia Universidad Católica del Perú) donde es además profesora auxiliar en la facultad de Psicología. Investigadora del Instituto Chr. Michelsen, y del Center for Law and Social Transformation. Sus áreas de trabajo incluyen movilización legal, derecho a la salud, análisis de políticas y sistema de salud. gianella.c@pucp.edu.pe

ancestrales de los pueblos indígenas pueden ser claves para atender sus necesidades y las de otros sectores de la población.

Palabras clave: Salud Intercultural; Pueblos Indígenas Amazónicos; COVID-19.

Abstract

Those of us who work in indigenous health know that it is very common for Indigenous People or peasants to be represented as guilty for their health problems. Such representations choose to ignore that the poor health indicators in places with the highest percentage of indigenous population are, to a large extent, a consequence of a negligent State incapable of guaranteeing access and availability of quality health services to the country's indigenous communities. In the framework of the COVID-19 pandemic that has intensely affected the Amazonian indigenous population of Peru, Indigenous Peoples are showing that their cultural practices, ignored and discriminated against by the health sector, can contribute to the care of those affected by COVID-19. Through an analysis of the Matico Command initiative in the Peruvian Amazon, we aim to show the capacity of Indigenous Peoples to implement autonomous intercultural initiatives. This article shows that in Peru we are not lacking in regulations to implement and intercultural approach in health care. What is needed is a serious recognition that indigenous peoples knowledge can contribute to address the needs of Indigenous Peoples and non-Indigenous Peruvians too.

Keywords: Intercultural Health; Amazonian Indigenous Peoples; COVID-19.

Resumo

Aqueles de nós que trabalham na saúde indígena sabem que é muito comum que os indígenas ou camponeses sejam representados como culpados de seus problemas de saúde, sem saber que os maus indicadores de saúde em locais com a maior porcentagem de população indígena são, em grande parte, uma consequência de um Estado negligente, incapaz de garantir o acesso e a disponibilidade de serviços de saúde de qualidade às comunidades indígenas do país. No contexto da pandemia do Covid-19 que vem afetando intensamente a população indígena amazônica do Peru, os povos indígenas estão demonstrando que suas práticas culturais, ignoradas e discriminadas pelo setor da saúde, podem contribuir para o atendimento das pessoas afetadas pelo Covid-19. A partir da análise da iniciativa do Comando Matico na Amazônia peruana, mostramos a capacidade dos povos indígenas de implementar iniciativas interculturais autônomas para o Estado central. Este artigo mostra que no Peru não nos falta regulamentos que detalhem a abordagem intercultural na área da saúde. O que é necessário é que a importância de pensar que o saber ancestral dos povos indígenas requer políticas diferenciadas e construídas a partir delas pode ser fundamental para o atendimento de suas necessidades e de outros setores da população.

Palavras chave: Saúde Intercultural; Povos Indígenas da Amazônia; Covid-19.

Introducción

Los que trabajamos en salud indígena, en la Amazonía o en los Andes peruanos, sabemos que es muy común que los pobladores indígenas o campesinos sean representados como culpables de sus problemas de salud. Si la muerte materna es mayor en zonas rurales es “porque las gestantes no quieren venir al establecimiento de salud” (Guerra-Reyes, 2019; Mayca, Palacios-Flores, Medina, Velásquez y Castañeda, 2009), si no cumplen con el tratamiento para la tuberculosis, es porque “no entienden su importancia” (Gianella, Pesantes, Ugarte-Gil, Moore y Lema 2019), sino aceptan hacerse pruebas rápidas para el VIH es “porque creen en brujería” (UNICEF, 2016). Así, se desconoce lo obvio: que los “malos” indicadores de salud en regiones y distritos con mayor porcentaje de población indígena (García Hierro, Barclay, Campanario Baqué, García Tuesta, Sosa Lozada, 2014; Tamayo, Viadurre, Navarro Vásquez, Casavilca, Aramburu Palomino, Calderon, Abugattas,

Gomez, Castaneda, Son, Cherry, Rauscher and Fejerman, 2018) son, en gran medida, consecuencia de un Estado negligente que no ha sido capaz, en casi 200 años de República, de garantizar acceso y disponibilidad de servicios de salud de calidad a las comunidades indígenas del país que residen, sobretudo en zonas rurales (Carrasco-Escobar, Manrique, Tello-Lizarraga and Miranda, 2019; Carrillo, Santos, Cárdenas, Atamaín y Chávez, 2020; Defensoría del Pueblo, 2015; Gianella *et al.*, 2019). La “cultura”, “su cultura” sigue siendo percibida y representada como el mayor determinante de los problemas de salud de la población indígena peruana. Irónicamente, la coyuntura de la pandemia del COVID-19, que está teniendo un impacto negativo enorme en la salud de los pueblos indígenas (Carrillo *et al.*, 2020), está visibilizando la capacidad de organización y respuesta de los pueblos indígenas que, ya sea a través de sus organizaciones o de agrupaciones de voluntarios indígenas, están usando sus conocimientos ancestrales para hacerle frente a esta crisis sanitaria.

Los conocimientos indígenas, ignorados y discriminados por el sector salud, son los que vienen demostrando su vigencia e importancia en el cuidado de los miembros de los pueblos indígenas. A partir del análisis de la iniciativa del Comando Matico desarrollada por un grupo de jóvenes Shipibo-Conibo de la región Ucayali, en la Amazonía peruana, ponemos en evidencia la capacidad de los pueblos indígenas para implementar iniciativas interculturales autónomas al Estado central. Tal como lo indica Belaunde, estas iniciativas surgen y se desarrollan a pesar de que “no reciben la debida atención por parte de las autoridades políticas y sanitarias en Lima, quienes suelen desmerecer o, francamente desautorizar y descartar los tratamientos basados en conocimientos ancestrales que actualmente están siendo recuperados y circulados de boca en boca y por las redes sociales.” (Belaunde, 2020a).

Este artículo inicia con una descripción de la respuesta del Estado peruano a la pandemia COVID-19, resaltando las limitaciones para atender las necesidades específicas de los pueblos indígenas de la Amazonía peruana. Luego presentamos el trabajo del “Comando Matico” como ejemplo de una iniciativa desde los indígenas para hacerle frente al avance del COVID-19, y finalmente analizamos las propuestas estatales, numerosas pero débiles en su implementación. Concluimos resaltando la capacidad del Comando Matico para compensar las falencias estatales y demostrar que para implementar acciones interculturales en salud no basta con tener normativas y políticas estatales; lo que hace falta es una transformación en la manera en que se reconocen los conocimientos indígenas. En el ámbito de la salud, es preciso pasar de la perspectiva hegemónica de la biomedicina que excluye otros sistemas de conocimiento, a una perspectiva que reconozca la validez de distintas maneras de conceptualizar la salud y enfrentar la enfermedad, permitiendo el trabajo articulado entre sistemas médicos diferentes, en favor de la salud de la población.

Antecedentes: El COVID 19 en el Perú y las respuestas estatales

Perú fue el primer país latinoamericano en tomar medidas drásticas para el control del COVID-19. El 15 de marzo del 2020, con apenas 28 casos confirmados y ninguna muerte registrada, el gobierno emitió el Decreto Supremo N ° 044-2020-PCM declarando el estado de emergencia, es decir, limitando derechos constitucionales como el tránsito y la libre reunión. El “aislamiento social”, se convirtió en la principal estrategia del gobierno nacional para controlar la velocidad de la transmisión de la enfermedad en la población, evitar que el sistema de salud colapsara, y así prevenir muertes por falta de infraestructura o acceso oportuno a servicios. Las medidas legales para lograr el aislamiento social, fueron acompañadas por medidas de protección social¹. Además se diseñaron campañas de comunicación centradas en la necesidad del aislamiento, cuidados personales (uso de mascarillas, correcto lavado de manos, etc.), así como medidas para no saturar los servicios de salud (Línea 113). Todas estas medidas, necesarias y aplicables a la mayoría de la población urbana, resultaron inviables en zonas rurales, incluyendo las comunidades nativas amazónicas donde el acceso a saneamiento básico es limitado², la oferta estatal en salud es débil (Defensoría del Pueblo, 2008) y los tiempos de traslado a los establecimientos de salud más cercanos son los mayores en todo el país (Carrasco-Escobar *et al.*, 2019).

La falta de acceso a servicios de salud, agua y saneamiento, al igual que los altos índices de pobreza y desnutrición infantil en la población indígena amazónica peruana son indicadores de la marginación y abandono que históricamente ha sufrido esta población por parte del gobierno nacional (Defensoría del Pueblo, 2008). En un contexto como el COVID-19, esta marginación colocó una vez más a los pueblos indígenas amazónicos ante el riesgo de ver a su población diezmada a causa de una situación de vulnerabilidad mayor que el resto de la población.

De acuerdo a datos del Ministerio de Salud (MINSA), a mediados de agosto se tenían identificados 21.921 indígenas amazónicos infectados por la Covid-19 (Zapata, 2020). Esto refleja que la población indígena amazónica representaba, a mediados de agosto del 2020, el 4% de los casos reportados de COVID-19 a nivel nacional pese a representar solo el 0,91% de la población (INEI, 2018). Adicionalmente esos datos muestran que alrededor del 10% de la población indígena amazónica ha sido diagnosticada con COVID-19. Los casos detectados y reportados como COVID-19 son principalmente de zonas urbanas, por lo que es posible que el número de casos entre la población indígena amazónica rural sea mayor (Fiestas, 2020).

La falta de acción por parte del gobierno central ha sido señalada por distintas instituciones, como el Acuerdo Nacional (plataforma de coordinación

entre el ejecutivo y la sociedad civil) que en julio del 2020 reportó que se llegó tarde y débilmente a atender a la población indígena amazónica. Uno de los puntos resaltados es la falta de información, tanto en los reportes del MINSA sobre población indígena infectada por COVID-19, como en el número de fallecidos (MLCP, 2020)³.

Por su parte, la Asociación Interétnica de Desarrollo de la Selva Peruana (AIDSESP) ha calificado la negligencia del Estado como etnocidio y ha interpuesto una denuncia internacional al Estado Peruano frente al Organismo de Naciones Unidas (AIDSESP, 2020a). Las iniciativas estatales de traducir a lenguas indígenas los mensajes pensados para contextos urbanos pusieron en evidencia el profundo y vergonzoso desconocimiento de la realidad indígena Amazónica por parte de las autoridades del Ministerio de Cultura⁴, responsables de garantizar que las políticas públicas tengan enfoque intercultural en el país (MINCU, 2017). Esto generó que diversas organizaciones indígenas demanden la renuncia de la Ministra de Cultura y la Viceministra de Interculturalidad (Servindi, 2020).

La respuesta del gobierno nacional peruano al COVID-19 no ha sido sensible ni proactiva frente a las necesidades de los pueblos indígenas amazónicos, a pesar de las demandas hechas por las organizaciones indígenas. Inmediatamente después de la conformación del primer caso de COVID-19 en el país, los presidentes de las nueve federaciones indígenas amazónicas afiliadas a AIDSESP tomaron como medida de protección cerrar las fronteras de sus comunidades. Se declararon en “Emergencia por la Pandemia COVID-19” y solicitaron al gobierno que coordinara con ellos la formulación de un Plan Indígena Amazónico para transmitir información y llevar ayuda social a las comunidades⁵, poniendo a disposición de las instancias gubernamentales sus instalaciones, técnicos, embarcaciones y medios de comunicación. Pese a que estas solicitudes no fueron acogidas por las autoridades nacionales, las organizaciones indígenas generaron una serie de iniciativas para responder a la emergencia sanitaria creada por el COVID-19. Además, surgieron grupos indígenas que se organizaron para hacerle frente al creciente número de personas indígenas afectadas a través de la articulación de saberes médicos indígenas y occidentales. Una de estas iniciativas es el Comando Matico.

Comando Matico: Ejemplo de interculturalidad desde abajo

El Comando Matico Covid-19 surgió para enfrentar con conocimientos y prácticas propias de los pueblos indígenas la desesperante expansión de la pandemia entre la población indígena (Belaunde, 2020b). El Comando Matico fue fundado por jóvenes del pueblos Shipibo-Conibo de la región Ucayali, con el objetivo de usar la medicina indígena para aliviar los síntomas de sus

hermanos y hermanas indígenas contagiados por COVID-19 que no cuentan con recursos económicos ni acceso a la atención médica necesaria (Chacón, 2020; Caretas, 2020).

A pesar de la penetración progresiva de la medicina occidental⁶, los pueblos indígenas aún mantienen sus conocimientos sobre plantas medicinales y sus acciones terapéuticas. Estas plantas suelen ser sembradas en sus casas y chacras o recolectadas en el bosque, donde crecen de manera silvestre (Defensoría del Pueblo, 2015). El matico (*Jungia rugosa*) es una de estas plantas y es usada, entre otras cosas, para el sobrepeso que hace que algunas mujeres sufran de complicaciones respiratorias, agitación, fiebre alta y debilidad (Caretas, 2020). Estos síntomas son similares a los provocados por el COVID-19 y por ello fue identificada por los miembros del Comando Matico como una planta que podía ayudar a las personas afectadas por esta nueva enfermedad. El matico es “antinflamatorio, expectorante y antitusígeno [y es usado en general] para tratar enfermedades del tracto respiratorio” (Belaunde, 2020a). Uno de los síntomas frecuentes del COVID-19 es la dificultad para respirar que puede afectar los pulmones y en los casos más graves resultar en una neumonía viral que puede ser fatal, especialmente para las personas mayores (Galiatsatos, 2020; Hani *et al.*, 2020).

Los miembros del Comando Matico son voluntarios que decidieron tomar la iniciativa de apoyar en el tratamiento de los pacientes. El Comando Matico es un esfuerzo desde los pueblos amazónicos para contener el avance del virus y aliviar los síntomas a través del uso de su medicina tradicional y, de ser necesario, la medicina occidental. El uso del matico y otras plantas medicinales se hace con base en una evaluación del paciente para identificar qué acciones terapéuticas tomar: “Nosotros observamos los síntomas en un paciente con coronavirus” (Jorge Soria en entrevista para Caretas, 2020). Los voluntarios del Comando Matico han puesto al servicio de los pacientes diversas plantas medicinales para reforzar el sistema inmunológico del aparato respiratorio (Chávez Rodríguez, 2020). Para ello, visitan las casas de las personas enfermas, les hacen vaporaciones e infusiones. A diferencia de lo que el personal de salud suele hacer en las zonas rurales, que es esperar a que los usuarios vengan al establecimiento de salud, el Comando Matico “va a donde lo necesiten” (Neciosup, 2020). Como resultado de este esfuerzo, para fines de Agosto, ya habían atendido a 538 personas con sólo 2 muertes, poniendo en evidencia la eficiencia y eficacia de la medicina indígena y contribuyendo con el prestigio que las prácticas médicas shipibas tienen en la zona (Soria, 2020). Lamentablemente este esfuerzo también ha traído como consecuencia que algunos miembros se enfermen pues, carecen de equipos de bioseguridad.

Mery Fasabi, explica que se usan diferentes tratamientos para las personas que acuden al centro del Comando Matico. Si no tienen fiebre se hacen

vaporaciones con mucura, ajosacha, hierba luisa, manzanilla, eucalipto, hoja de guanábana, kión, ajo, limón y cebolla. Asimismo, cuando las personas

tienen fiebre, no se puede hacer la vaporización, lo podemos empeorar (...). Entonces lo que hacemos es preguntar al paciente si tiene fiebre o no tiene fiebre, si tiene tos seca, le duele la espalda, o le duele el pecho y todo eso. Cuando el paciente me dice que tiene tos seca, tengo el jarabe para la preparación para la agitación, para la tos seca tengo el jarabe (...) Utilizamos la cebolla, ajo, limón, miel de abeja y el aceite de oliva. Con eso logramos que ese paciente deje de tosear y pueda tener buena respiración. (...). Cuando tiene otros síntomas como por ejemplo fiebre, dolor de cabeza, ya llega a la medicina convencional, entonces los pacientes salen ilesos... (Fasabi, 2020).

Por un lado, las acciones del Comando Matico son una muestra de solidaridad en tiempos difíciles y, por otro lado, reflejan la forma en que los pueblos indígenas han desarrollado una respuesta al abandono del Estado que implica no solamente recurrir a sus plantas medicinales sino articular dicho tratamiento con los tratamientos biomédicos que se difunden como válidos frente al COVID-19 (AIDSESP, 2020b). Para Jorge Soria, el trabajo del Comando Matico evidencia que “el conocimiento del pueblo Shipibo se ha impuesto ante la medicina occidental” (Caretas, 2020) y han demostrado que es posible y beneficioso “combinar las plantas y los conocimientos indígenas ancestrales con el respaldo de la medicina oficial para brindar alivio a los pacientes con síntomas de COVID-19” (Belaunde, 2020c). Para Mery Fasabi, el trabajo que realizan constituye un encuentro de saberes:

Nosotros en realidad estamos luchando con las plantas medicinales, a lo que a nosotros nos han enseñado, nuestras abuelas, nuestras mamás, cómo utilizar las plantas. También estamos utilizando las medicinas convencionales. Nosotros vamos a hacer un encuentro de saberes, tanto la medicina occidental tanto la medicina ancestral que nosotros tenemos. Sí o sí tiene que haber un encuentro de saberes. (Fasabi, 2020).

Inicialmente el trabajo del Comando Matico era enviar matico a Lima, luego, cuando se consolidaron como colectivo, atendían a domicilio y por teléfono recibiendo llamadas desde diferentes partes del país: “Hemos ayudado a las personas de Iquitos, de Tarapoto, de Chiclayo de Trujillo, de distintos sitios” (Fasabi, 2020). Así, en pocos meses, se ha activado un esfuerzo que pone en práctica algunos de los principios de la salud intercultural y que el MINSA, a pesar de sus numerosas normativas, no ha logrado. Pero se necesita más. Por un lado, entrevistas recientes con miembros del Comando Matico, evidencian que el apoyo inicialmente brindado por las autoridades sanitarias regionales de Ucayali no ha continuado, recargando a los voluntarios que cada día deben atender a más personas. Actualmente el Comando Matico tiene 16 voluntarios, que trabajan 24 horas al día. Son artistas, activistas y chamanes del pueblo shipibo que reciben donaciones de la comunidad, apoyo con medicina convencional, camas y balones de oxígeno (Soria, 2020). Pero este trabajo tiene consecuencias:

los voluntarios, quienes hacen turnos de día y de noche, sacrificando el tiempo que podrían dedicar a sus familias, sin recibir ninguna remuneración. ¿Cómo seguir ayudando a los demás si muchos de ellos no tienen ingresos suficientes para sustentar a los suyos? Los materiales e infraestructura dados por la Diresa-Ucayali también son insuficientes. Se requiere más balones de oxígeno, camas, camillas, sillas de rueda y soportes para colocar las bolsas de suero. Para ayudar a desplazar a los pacientes, los voluntarios tienen que cargarlos en brazos, poniendo en riesgo su propia salud. (Belaunde, 2020c)

Esta falta de apoyo desde las autoridades estatales evidencia que aún el Perú, a pesar de sus normativas y discursos, no está listo para respaldar desde el Estado iniciativas basadas en la valoración equitativa de saberes ancestrales indígenas y los conocimientos occidentales. Es este desdén histórico hacia los pueblos indígenas y sus sistemas de conocimiento lo que continúa obstaculizando que la formación de profesionales de la salud, y la provisión de servicios de salud, tengan realmente un enfoque intercultural. Estas dificultades se agudizan si sumamos el hecho de que la biomedicina es un sistema médico occidental y hegemónico que excluye a otros modelos de atención médica (Menéndez, 1992) y que los presenta como “creencias” en contraposición al conocimiento occidental (Good and Good, 1994).

Mientras no se reconozca que es posible entender las enfermedades de una manera diferente a la biomédica y usar otro tipo de diagnósticos y tratamientos, el enfoque intercultural seguirá siendo un discurso vacío⁷ y la discriminación epistemológica continuará. Esta discriminación impide imaginar desde el Estado servicios de salud que articulen los saberes indígenas con los biomédicos, como lo explica el padre Berjón de la ciudad Amazónica de Nauta en Loreto:

la información oficial sigue los parámetros occidentales. Y hay pocos esfuerzos para explicar esta enfermedad en otras categorías. ¿Qué ha pasado entonces? La atención exclusivamente desde la biomedicina no es suficiente (...). Pero no solo eso, es injusto que en un país con tantos pueblos indígenas la única atención sea desde el punto de vista occidental, sin comprender otras dinámicas. No estamos en contra de los Centros de Salud, al contrario, ojalá hubiera más y mejor dotados, pero se necesita reconocer otras visiones de la vida, de la salud y de la enfermedad. (Berjón y Cadenas, 2020)

Este testimonio, adicionalmente, resume algo importantísimo y es que el enfoque intercultural requiere ser acompañado de un enfoque de igualdad en la distribución de recursos en el país. Reconocer la diversidad del país y las especificidades de los pueblos indígenas en salud implica re-pensar las políticas que se basan en perfiles epidemiológicos urbanos. Por ejemplo, los protocolos de atención del MINSA solo mencionaban las comorbilidades relacionadas a enfermedades cardiovasculares y crónicas que son más comunes en las zonas urbanas. Estos protocolos no tomaban en cuenta que en Febrero y Marzo del 2020 la Amazonía atravesaba por una epidemia de dengue y

es preciso que el personal de salud tome en cuenta el uso “de antibióticos, corticoides, anticoagulantes [para tratar los síntomas del COVID-19] en el escenario de la Amazonía, donde hay dengue, malaria, parasitosis intestinales y tuberculosis.” (Zavaleta, 2020). Hacer protocolos de atención que ignoren las diferencias epidemiológicas es también discriminación.

Comando Matico dentro de las políticas de interculturalidad

La experiencia y logros del Comando Matico, cobran aún más relevancia si lo analizamos a la luz de los avances de las políticas y programas de salud intercultural desarrolladas en el Perú. “La salud intercultural, como tema, no ha sido ajena a las autoridades de salud, sin embargo no ha sido posible asimilar o integrar la visión intercultural a los servicios de salud, pues ha predominado un enfoque biomédico para quien lo válido es aquello que tiene “evidencia” generada por el método científico; es decir, lo que vale es “lo visible y comprobable (...) y no hay cabida para las concepciones de salud de los pueblos indígenas.” (Defensoría del Pueblo, 2015, p.26)

Desde el 2005, el MINSA ha desarrollado por lo menos once documentos normativos que proponen el uso de un enfoque intercultural en salud o están dirigidos específicamente a la población indígena amazónica (Ver Tabla 1).

Tabla 1: Normativas del sector salud con enfoque intercultural

AÑO	NOMBRE
1	2005 Norma Técnica Para la atención del parto vertical con adecuación intercultural
2	2006 Enfoque de derechos humanos. Equidad de género e interculturalidad en salud: Marco conceptual
3	2007 Norma Técnica para Indígenas en Aislamiento y Contacto Inicial
4	2008 Documento Técnico-Adecuación Cultural de la Orientación/Consejería en Salud Sexual y Reproductiva
5	2013 Política Sectorial de Salud Intercultural
6	2014 Documento Técnico: Diálogos Interculturales en Salud
7	2016 Norma Técnica de Salud para la Atención del Parto Vertical en el Marco de los Derechos Humanos con Pertinencia Intercultural
8	2016 Norma técnica de Salud para la Prevención y el Control de la Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana en Pueblos Indígenas Amazónicos con Pertinencia Intercultural

9	2017	Directiva Administrativa para el registro de la pertenencia étnica en el sistema de información de salud
10	2018	Orientaciones para incorporar la pertinencia cultural en los servicios diferenciados de atención integral de salud del adolescente
11	2019	Directiva Administrativa para la Adecuación de los Servicios de Salud con Pertinencia Cultural en el Primer Nivel de Atención

Sin embargo, estas normas no se han visto traducidas en cambios concretos en la provisión de servicios de salud intercultural. Las definiciones propuestas en estos documentos, son muy buenas a nivel conceptual:

La Adecuación Cultural en Salud es el proceso por el cual los servicios y actividades integrales de atención de la salud, se estructuran sobre la base de la cultura comunal, respetando sus valores y concepciones relacionados a la salud y enfermedad. (MINSA, 2008, p.14)

Y la interculturalidad en salud se concibe como:

la relación de respeto que se establece entre las personas de diversos contextos culturales y étnicos, respecto a la manera que cada uno tiene para entender el proceso de salud – enfermedad considerando sus conocimientos, creencias, interpretaciones y prácticas, así como sus formas de fundamentarlas. (MINSA, 2008, p.15)

También se define a los servicios de salud que manejan un enfoque intercultural como aquellos en los que el personal de salud toma en consideración los conocimientos, creencias, interpretaciones, recursos, terapéuticos y prácticas de salud de la población a quien sirve (MINSA, 2001, 2008). Sin embargo, a pesar de tener definiciones progresistas sobre salud intercultural, es poco lo que se ha logrado tanto en los servicios de salud como en la formación del personal de salud. Sólo 25% de las universidades que forman profesionales de la salud incluyen el enfoque de interculturalidad como eje para la formación (Defensoría del Pueblo, 2015). A la falta de formación en interculturalidad en salud, se suma que el desempeño del personal de salud se mida con base en metas cumplidas y cuantificables que suelen entrar en conflicto con los procesos necesarios para lograr un enfoque intercultural en los servicios preventivos, asistenciales y de promoción de la salud (Chávez, Yon y Cárdenas, 2015; Gianella *et al.*, 2019).

Asimismo, es importante resaltar que en el Perú ha habido iniciativas desde las organizaciones indígenas para formar personal en salud intercultural (Cárdenas y Pesantes, 2017), pero los logros de este personal indígena suele ser un esfuerzo solitario y hasta heroico pues muchas veces es nadar en contra de la corriente (Pesantes Villa, 2014). Además, es una iniciativa que el Estado, una vez más, ha ignorado, a pesar de reconocer la importancia y valor de formar al personal de salud en el enfoque intercultural.

Son pocos los profesionales de la salud que recomendarían el tratamiento con plantas medicinales a pesar de trabajar con población indígena. Las razones para ello son diversas: desconocimiento de la normativa sectorial sobre el tema (“no está permitido por las normas del Minsa”), prejuicios y temor hacia las prácticas médicas indígenas (“no limpian bien las plantas, lo que podría ser perjudicial para la salud de las personas”, “la vaporización con plantas medicinales puede afectar la salud de los niños al deshidratarlos”), o simplemente desconocimiento sobre las terapias indígenas: “no conoce las propiedades de las plantas” o “no sabe cómo prepararlas” (Defensoría del Pueblo, 2015). Similares actitudes aparecen en una nota de prensa del Ministerio de Salud en Mayo del 2020 en donde un médico del Instituto Nacional de Salud indica que: “Las creencias que están muy arraigadas en la población no son válidas para el caso específico del covid-19 y su curación (...) La gente puede consumir estos productos o utilizarlos responsablemente como lo han consumido siempre, pero debe quedar claro que estos productos no van a solucionar el problema del coronavirus” (Valdivia, 2020). Persisten entre las autoridades sanitarias regionales y nacionales desconfianza hacia las prácticas médicas no occidentales que incluso en el caso del COVID-19 no han logrado dar respuesta. La falta de comprensión y compromiso con la promoción del enfoque intercultural a nivel nacional se puede observar incluso en acciones que son menos complejas que la articulación de saberes, como es el registro de la variable étnica, normada desde el 2017 y mínimamente implementada (Defensoría del Pueblo, 2015).

Diálogos Interculturales y articulación de saberes:

El reto pendiente

Hemos visto que el Comando Matico habla de su labor como un encuentro de saberes, basado en la reciprocidad y la solidaridad (Soria, 2020). Desde el Estado también se habla de la importancia de los espacios de diálogo con las comunidades y/o organizaciones indígenas para lograr la interculturalidad en salud. Si bien en el Perú hay experiencias de “Diálogo intercultural” en salud en regiones como Ayacucho, Ucayali o Loreto, estos han sido promovidos desde la cooperación internacional y con participación del sector salud local que en muchas ocasiones ha actuado como “invitado” en vez de promotor y garante de estos espacios de diálogo (Cueva, 2010).

A pesar de que el MINSA cuenta con un Documento Técnico que plantea pautas para la implementación de diálogos interculturales orientados a conocer las demandas de la población en relación a los servicios de salud, con la finalidad de establecer acuerdos “a partir de un intercambio en condiciones de equidad” (Defensoría del Pueblo, 2015: 26), no ha habido experiencias transformadoras como la del Comando Matico. Esto evidencia que no basta con reconocer la articulación entre la Medicina Tradicional y la Medicina

Convencional como uno de los cuatro pilares de la Política Sectorial de salud intercultural (MINSA, 2016).

Adicionalmente, es pertinente preguntar ¿en qué consiste la articulación de dos sistemas médicos que han vivido por años de espaldas? El documento técnico del MINSA que busca operativizar esta articulación, por un lado, ambicioso y por otro, tan ambiguo que lo hace poco operativo. Por ejemplo, indica que lo que se articula son “diferentes enfoques conceptuales de la atención de la salud existentes, en un espacio físico o social” (INS, 2014), además que esta articulación se debe dar “de una manera horizontal y respetuosa entre ellos, basada en el intercambio y discusión de ideas, prácticas y experiencias” (ibíd.), y que el objetivo de la articulación es “crear estrategias de atención conjunta para abordar la salud y la enfermedad basadas en el derecho a la vida y la salud.” (ibíd.) Estas propuestas carecen de elementos que permitan que realmente se ponga en práctica, pues asume que hay disposición de ambas partes para intercambiar ideas ignorando las relaciones de poder que usualmente existen entre personal de salud formado en biomedicina y los médicos indígenas. Por otro lado, aún si se lograra diseñar estrategias conjuntas de atención, existen muchos vacíos legales que suele disuadir al personal de salud que, por un lado, desconoce y desconfía de los saberes indígenas y, por otro, se siente legalmente responsable de la salud del paciente y teme por las repercusiones que hubiera si el trabajo articulado fallara.

Finalmente, cuando hablamos de “articulación de saberes” debemos reconocer que los saberes médicos indígenas no solamente los manejan los sabios o especialistas indígenas sino que también hay conocimientos médicos que circulan al interior de las familias, ¿cómo se articulan estos saberes familiares con la formación biomédica del personal de salud? Como lo dijo Nureña hace más de diez años:

El MINSA tiene un discurso de orientación intercultural que no deja de lado el aprendizaje recíproco ni el diálogo entre el sistema de salud y los pueblos indígenas; pero, en la práctica, diversas limitaciones del sistema sanitario (y en general, del Estado) han impedido que las políticas tengan el alcance e impacto positivos que cabía esperar sobre los estándares globales de salud colectiva de los pueblos indígena (Nureña, 2009).

Estas falencias se han hecho evidentes en esta pandemia.

Conclusiones

La incapacidad del Estado peruano para atender oportunamente a las poblaciones indígenas amazónicas no es solo un resultado de la coyuntura de la emergencia creada por el COVID-19. Esta incapacidad es el resultado de carencias estructurales, enraizadas en el sistema de salud peruano y su desidia hacia los conocimientos médicos indígenas, a pesar de tener muchos

documentos definiendo y abogando por la interculturalidad en salud. La diversidad y cantidad de normativas orientadas a promover el uso de un enfoque intercultural en salud no se ha plasmado en beneficios concretos a favor de la salud de los pueblos indígenas en la región amazónica. El trabajo del Comando Matico muestra que desde abajo se puede construir alternativas viables de articulación entre sistemas médicos, más allá de normativas y definiciones académicas sobre interculturalidad.

En medio de la frustración que genera el abandono de los pueblos indígenas por el Estado brota la esperanza gracias a un grupo voluntario como el Comando Matico, sin embargo, no debemos olvidar que el primer paso para mejorar la salud de la población indígena es garantizar servicios de calidad en el primer nivel de atención, así como respaldar las iniciativas que vienen desde los propios pueblos indígenas, como por ejemplo la formación de técnicos en enfermería intercultural de AIDSESP (Cárdenas *et al.*, 2017).

Esta pandemia nos muestra que lograr transformar los servicios de salud estatales para que respondan desde las propias categorías y necesidades indígenas requiere no solamente de espacios de diálogo a nivel comunitario, sino de espacios en donde las propuestas que nacen desde las organizaciones indígenas sean tomadas con la seriedad y respeto que merecen. La interculturalidad, entendida como el reconocimiento y respeto de las diferencias culturales, reconociendo que las culturas pueden ser diferentes entre sí, pero igualmente válidas, no se ha materializado en la provisión de servicios de salud para la población indígena peruana. Los procesos descritos en los distintos documentos normativos que proponen la generación de espacios de diálogo “en donde ambas partes se escuchan y enriquecen mutuamente, o sencillamente respeta sus particularidades” han sido promesas vacías, pues no se ha visto voluntad de escuchar a los pueblos indígenas.

La pandemia ha puesto en evidencia que pese a la existencia de normativas que promueven el uso de un enfoque intercultural en salud, el Estado no ha logrado sentar las bases para un mayor reconocimiento del valor de los conocimientos médicos indígenas y el rol que pueden tener en la salud de la población. Sin embargo, la conformación de una agrupación como el Comando Matico, que integra principios y prácticas de ambos sistemas médicos, que se pone al servicio de la población indígena y que ha conseguido que su labor sea reconocida y respaldada por la Dirección Regional de Salud de Ucayali, evidencia que la interculturalidad en salud debe ser aplicada más allá de retóricas academicistas.

Por otro lado, es importante no olvidar que la interculturalidad es uno de los componentes para garantizar la equidad en salud. El Estado tiene la responsabilidad de invertir de manera equitativa en los servicios de salud que llegan a las comunidades indígenas. Desde la perspectiva de derechos humanos, uno de los criterios a tomar en cuenta para la asignación de recursos

en salud es el criterio de igualdad. El Estado debe hacer todos los esfuerzos para garantizar que los recursos lleguen a todos los grupos de la sociedad, tomando en cuenta que hay grupos que pueden ser más afectados por determinados problemas de salud, ser más vulnerables o susceptibles a la enfermedad y que por eso les puede costar más llegar a los servicios (Yamin, 2020).

Agradecimientos

MAP ha recibido financiamiento del Swiss National Science Foundation [Grant IZ08Z0_177385].

Notas

¹ Ver Decreto de Urgencia que Establece Diversas Medidas Excepcionales y Temporales para Prevenir la Propagación del Coronavirus (COVID-19) en el territorio nacional 026-2020

² Ver Instituto Nacional de Estadística e Informática (2018). Perú: Características de las viviendas particulares y los hogares. Acceso a servicios básicos, a partir de los resultados de los Censos Nacionales 2017: XII de Población, VII de Vivienda y III de Comunidades Indígenas Lima.

³ Si bien, ya se cuenta con datos de infecciones, aún no se cuenta con datos como excesos de muertes entre la población indígena.

⁴ Para un mayor análisis de las piezas comunicacionales del Ministerio de Cultura, ver la presentación de Luisa Elvira Belaunde en el II Congreso de Antropología del Centro, Conferencia Magistral “Retratos y portavoces de la pandemia en las Comunidades Amazónicas”. Junio 2020: <https://www.facebook.com/AntropologosCentro/videos/31496907863659/?vh=e&d=n>

⁵ Ver por ejemplo: <http://www.aidesep.org.pe/index.php/noticias/amazonia-indigena-sedeclara-en-emergencia-por-el-covid-19> publicado el 1.4.2020

⁶ La medicina occidental llega a las comunidades no solamente a través de los servicios de salud oficiales sino también de comerciantes que ofrecen pastillas, y el acceso a medicamentos en boticas y farmacias en las ciudades intermedias a donde viajan con regularidad algunos miembros de las comunidades.

⁷ Luisa Elvira Belaunde califica la interculturalidad promovida desde el Estado como una “retórica vacía” en: Pensar la pandemia de la COVID-19 desde la Universidad de San Marcos. 22 de Agosto, 2020. 25 Feria Internacional del Libro de Lima. https://www.youtube.com/watch?v=AxbtVrIFG10&ab_channel=FilLima

Referencias

AIDSESEP. (2020A). *Denuncia al Estado del Perú ante el Sistema Internacional de Protección de los Derechos Humanos*. Lima: <https://cutt.ly/sge1mSa>

- AIDSESP. (2020B, mayo 16). Ucayali: Jóvenes indígenas atienden a su pueblo en tiempos de COVID-19. *AIDSESP*. <https://cutt.ly/lge1QXb>
- BELAUNDE, L. E. (2020a, mayo 19). Plantas del bosque socorren a la ciudad. *Lamula.pe*. <https://cutt.ly/cge1EyK>
- BELAUNDE, L. E. (2020b, agosto 27) Video anunciando el panel “Respuestas, desafíos y estrategias para la Amazonía y el futuro post-pandemia”. <https://cutt.ly/kgel1RMN>
- BELAUNDE, L. E. (2020c, setiembre 8). Comando Matico en Pucallpa desafía la interculturalidad inerte del Estado. *Lamula.pe*. <https://cutt.ly/Gge1Yn9>
- BERJÓN, M. y Cadenas. (2020, junio 15). COVID-19: ANTE LA MUERTE DE UN AMIGO KUKAMA. Mucho más allá de lo anecdótico. *La candela del ojo*. <https://lacandeladelojo.blogspot.com/2020/06/covid-19-ante-la-muerte-de-un-amigo.html>
- CÁRDENAS, C. G. y Pesantes, M.A. (2017). *Entrecruzando ríos: sistematización de la propuesta pedagógica de formación de enfermeros técnicos en salud intercultural de AIDSESP*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos y Asociación Interétnica de Desarrollo de la Selva Peruana.
- CARETAS. (2020, agosto 23). Comando Matico: la medicina tradicional shipiba que salva vidas. *Caretas Nacional*. <https://caretas.pe/nacional/comando-matico-la-medicina-tradicional-shipiba-que-salva-vidas/>
- CARRASCO-ESCOBAR, G., Manrique, E., Tello-Lizarraga, K. and Miranda, J. J. (2019). Travel time to health facilities as a marker of geographical accessibility across heterogeneous land coverage in Peru. *MedRxiv*, 19007856. <https://doi.org/10.1101/19007856>
- CARRILLO, J., Santos, G., Cárdenas, C., Atamaín, Y. y Chávez, C. (2020, junio 5). La pandemia avanza en la Amazonía más rápido que el Estado. *Ojo Público*. <https://ojo-publico.com/1849/la-pandemia-avanza-en-la-amazonia-mas-rapido-que-el-estado>
- CHACÓN, L. (2020, mayo 28). “Comando Matico” y su aporte para atender a indígenas contagiados por COVID-19. *SPDA Actualidad Ambiental*. <https://www.actualidadambiental.pe/comando-matico-y-su-aporte-para-atender-a-indigenas-contagiados-por-covid-19/>
- CHÁVEZ, C., Yon, C., y Cárdenas, C. (2015). *El aporte de los egresados del Programa de Formación de Enfermeros Técnicos en Salud Intercultural Amazónica de AIDSESP a la salud intercultural. Estudio de caso en dos comunidades de Amazonas*. Lima: IEP, Instituto de Estudios Peruanos.
- CHÁVEZ RODRÍGUEZ, L. (2020, mayo 22). Medicina tradicional y espiritualidad amazónica en el contexto de la pandemia. *Centro Amazónico de Antropología y Aplicación Práctica - CAAAP*. <https://cutt.ly/HgxQSiB>

- CUEVA, NEPTALÍ. (2010). *Implementación de servicios con pertinencia intercultural para ciudadanos y ciudadanas indígenas* – Propuesta Metodológica. Lima: UNFPA.
- DEFENSORÍA DEL PUEBLO. (2008). *Informe 134. La Salud de las Comunidades Nativas: Un reto para el Estado*. Defensoría del Pueblo.
- DEFENSORÍA DEL PUEBLO. (2015). *Informe Defensorial 169. La defensa del derecho de los pueblos indígenas a una salud intercultural*.
- FASABI, M. (2020, julio 9). Panel: “Mujeres Indígenas, COVID-19 y Saberes Ancestrales”, organizado por el Programa de Mujer Indígena de AIDSESP.
- FIESTAS, F. (2020, julio 10). Ucayali: COVID-19 llegó a reserva que protege a indígenas en aislamiento y contacto inicial. *SPDA Actualidad Ambiental*. <https://www.actualidadambiental.pe/ucayali-covid-19-llego-a-reserva-que-protege-a-indigenas-en-aislamiento-y-contacto-inicial/>
- GALIATSATOS, P. (2020). What Coronavirus Does to the Lungs. *Health*. <https://www.hopkinsmedicine.org/health/conditions-and-diseases/coronavirus/what-coronavirus-does-to-the-lungs>
- GARCÍA HIERRO, P., Barclay, F., Campanario Baqué, Y., Gracia Tuesta, M. y Sosa Lozada, O. (2014). *Panorama de la situación de la niñez y adolescencia indígena en América Latina. El derecho a la salud y la alimentación en la Amazonía Peruana*. Lima: UNICEF.
- GIANELLA, C., PESANTES, M.A., UGARTE-GIL, C., Moore, D. A. J. and Lema, C. (2019). Vulnerable populations and the right to health: lessons from the Peruvian Amazon around tuberculosis control. *International Journal for Equity in Health*, 18(1), 28. <https://doi.org/10.1186/s12939-019-0928-z>
- GOOD, B. J., and Good. (1994). *Medicine, Rationality and Experience: An Anthropological Perspective*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511811029>
- GUERRA-REYES, L. (2019). *Changing Birth in the Andes: Culture, Policy, and Safe Motherhood in Peru*. Vanderbilt University Press. <https://doi.org/10.2307/j.ctv167565g>
- HANI, C., Trieu, N. H., Saab, I., Dangeard, S., Bennani, S., Chassagnon, G. and Revel, M.-P. (2020). COVID-19 pneumonia: A review of typical CT findings and differential diagnosis. *Diagnostic and Interventional Imaging*, 101(5), 263-268. <https://doi.org/10.1016/j.diii.2020.03.014>
- INEI. (2018). Perú: Perfil Sociodemográfico. Informe Nacional. Censos Nacionales 2017: XII de Población, VII de Vivienda y III de Comunidades Indígenas. Lima Instituto Nacional de Estadística e Informática.
- INS. (2014). *Documento Técnico: Diálogo Intercultural en Salud*. Lima: Ministerio de Salud del Perú.

- MAYCA, J., Palacios-Flores, E., Medina, A., Velásquez, J. E. y Castañeda, D. (2009). Percepciones del personal de salud y la comunidad sobre la adecuación cultural de los servicios materno perinatales en zonas rurales andinas y amazónicas de la región Huánuco. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 26(2), 145-160.
- MLCP. (2020). Informe Nacional, sobre el impacto del COVID-19 en las dimensiones Económica, Social y en Salud en el Perú (al mes de mayo 2020) (N.o 1-2020-SC/Grupo de Salud-MCLCP).
- MENÉNDEZ, E. L. (1992). Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres Estructurales. En Roberto Campos-. *La Antropología Médica en México* (1ra ed., pp. 97-113). México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- MINCU. (2017). *Política Nacional para la Transversalización del Enfoque Intercultural*. Perú: Ministerio de Cultura.
- MINSA. (2001). *Interculturalidad en la Atención de la Salud. Estudio socioantropológico de enfermedades que cursan con síndrome íctero-hemorrágico en Ayacucho y Cusco*. Perú: OGE, Proyecto Vigía.
- MINSA. (2008). *Adecuación cultural de la orientación/consejería en salud sexual y reproductiva: documento técnico*. Perú.
- MINSA. (2016). *Política Sectorial de Salud Intercultural*. Perú.
- NECIOSUP, H. U. (2020, mayo 18). Coronavirus en Perú | Ucayali: Activan “Comando Matico” para atender a indígenas con la COVID-19. *RPP*. <https://rpp.pe/peru/ucayali/coronavirus-en-peru-ucayali-activan-comando-matico-para-atender-a-indigenas-con-la-covid-19-noticia-1266555>
- NUREÑA, C. (2009). Incorporación del enfoque intercultural en el sistema de salud peruano: la atención del parto vertical. *Rev Panam Salud Pública*, 26(4), 368-376. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892009001000013>
- PESANTES VILLA, M. A. (2014). *Out of sight, out of mind: Intercultural Nurse Technicians in the Peruvian Amazon*. University of Pittsburgh.
- SERVINDI. (2020, mayo 27). *Organización de mujeres piden renuncia de funcionarios del Mincu* [Servindi, Comunicación intercultural para un mundo más humano y diverso]. <https://www.servindi.org/actualidad/27/05/2020/pidenn-renuncia-de-funcionarias-del-ministerio-de-cultura>
- SORIA, J. (2020, agosto 26). Seminario: La respuesta de los pueblos indígenas frente a la pandemia. Ejemplos de Interculturalidad en Salud. Lima: Colegio Médico del Perú. Ciclos de Rimanakuy: Diálogo de Saberes 2020.
- TAMAYO, L. I., Vidaurre, T., Navarro Vásquez, J., Casavilca, S., Aramburu Palomino, J. I., Calderon, M., Abugattas, J. E., Gomez, H. L., Castaneda,

C. A., Song, S., Cherry, D., Rauscher, G. H. and Fejerman, L. (2018). Breast cancer subtype and survival among Indigenous American women in Peru. *PloS One*, 13(9), e0201287. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0201287>

UNICEF. (2016). *Estudio Exploratorio sobre el avance del VIH/Sida entre los Awajún de la Amazonía Norte del Perú*. Lima: UNICEF.

VALDIVIA, G. (2020). Remedios caseros contra el covid-19: más mitos que verdades. *El peruano*. <http://elperuano.pe/noticia-remedios-caseros-contracovid19-mas-mitos-verdades-96593.aspx>

YAMIN, A. E. (2020, marzo 27). 3 Human Rights Imperatives for Rationing Care in the Time of Coronavirus. *Bill of Health*. <https://blog.petrieflom.law.harvard.edu/2020/03/27/rationing-health-care-coronavirus-human-rights/>

ZAPATA, R. (2020, agosto 19). Covid-19 en la Amazonía: Awajún y Kichwa son los pueblos indígenas más afectados. *Ojo Público*. <https://ojo-publico.com/2020/awajun-y-kichwa-son-los-pueblos-indigenas-mas-afectados-por-covid-19>

ZAVALETA, C. (2020, junio 21). *Fármacos, comunicación y pueblos indígenas*. Ojo Público. <https://ojo-publico.com/1913/farmacos-comunicacion-y-pueblos-indigenas>