

Aprueban la Política Sectorial de Salud Intercultural

DECRETO SUPREMO N° 016-2016-SA

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA

CONSIDERANDO:

Que, el artículo 9 de la Constitución Política del Perú señala que, el Estado determina la Política Nacional de Salud y que corresponde al Poder Ejecutivo normar y supervisar su aplicación, así como diseñarla y conducirla en forma plural y descentralizadora;

Que, los artículos II y IV del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, disponen que la protección de la salud es de interés público, siendo la salud pública responsabilidad primaria del Estado y la salud individual responsabilidad compartida por el individuo, la sociedad y el Estado. Asimismo, el artículo XVII del referido Título Preliminar, establece que la promoción de la medicina tradicional es de interés y atención preferente del Estado;

Que, los artículos 1 y 2 de la Ley N° 27813, Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud (SNDCS), establecen que el Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud (SNDCS) tiene como finalidad coordinar el proceso de aplicación de la política nacional de salud, promoviendo su implementación concertada, descentralizada y coordinando los planes y programas de todas las instituciones del sector a efectos de lograr el cuidado integral de la salud de todos los peruanos, y avanzar hacia la seguridad social universal en salud. Se encuentra conformado por el Ministerio de Salud como órgano rector del sector salud, el Seguro Social de Salud, los servicios de salud de las municipalidades, las sanidades de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional, los servicios de salud del sector privado, las universidades y la sociedad civil organizada;

Que, el literal c) del artículo 3 de la Ley 28983, Ley de Igualdad de Oportunidades entre mujeres y hombres, establece como uno de los principios básicos para la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres, el respeto a la realidad pluricultural, multilingüe y multiétnica, promoviendo la inclusión social, la interculturalidad, el diálogo e intercambio en condiciones de equidad, democracia y enriquecimiento mutuo;

Que, la Ley N° 29785, Ley del derecho a la consulta previa a los pueblos indígenas u originarios, reconocido en el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), tiene por objeto desarrollar el contenido, los principios y el procedimiento del derecho a la consulta previa a los pueblos indígenas u originarios respecto a las medidas legislativas o administrativas que les afecten directamente. Se interpreta de conformidad con las obligaciones establecidas en el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), ratificado por el Estado Peruano mediante la Resolución Legislativa 26253;

Que, la Ley N° 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo, en el numeral 1) de su artículo 4 establece como una de las competencias exclusivas del Poder Ejecutivo, el diseñar y supervisar políticas nacionales y sectoriales, las cuales son de cumplimiento obligatorio por todas las entidades del Estado en todos los niveles de gobierno. Las políticas nacionales definen los objetivos prioritarios, los lineamientos, los contenidos principales de las políticas públicas, los estándares nacionales de cumplimiento y la provisión de servicios que deben ser alcanzados y supervisados para asegurar el normal desarrollo de las actividades públicas y privadas, las cuales conforman la política general de gobierno. La política sectorial es el subconjunto de políticas nacionales que afecta una actividad económica y social específica pública o privada;

Que, asimismo el citado numeral precisa que las políticas nacionales y sectoriales consideran los intereses generales del Estado y la diversidad de las realidades regionales y locales, concordando con el carácter unitario

y descentralizado del gobierno de la República. Para su formulación el Poder Ejecutivo establece mecanismos de coordinación con los gobiernos regionales, gobiernos locales y otras entidades, según requiera o corresponda a la naturaleza de cada política;

Que, el numeral 22.2 del artículo 22 de la precitada Ley, señala que los ministerios diseñan, establecen, ejecutan y supervisan las políticas nacionales y sectoriales, asumiendo la rectoría respecto de ellas. Asimismo, los incisos a) y e) del numeral 23.1 de su artículo 23 refiere que son funciones generales de los ministerios: formular, planear, dirigir, coordinar, ejecutar, supervisar y evaluar la política nacional y sectorial bajo su competencia, aplicable a todos los niveles de gobierno; así como realizar seguimiento respecto al desempeño y logros alcanzados a nivel nacional, regional y local, y tomar medidas correspondientes;

Que, el Plan Nacional de Derechos Humanos 2014-2016, aprobado mediante Decreto Supremo N° 005-2014-JUS, en el Lineamiento Estratégico 3 sobre "Diseño y ejecución de políticas a favor de los grupos de especial protección", incluye como objetivo 4: Reducir las brechas de ciudadanía entre la población afroperuana y otros grupos étnico-raciales;

Que, el literal b) del artículo 5 del Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, establece como una de las funciones rectoras del Ministerio de Salud, el dictar normas y lineamientos técnicos para la adecuada ejecución y supervisión de las políticas nacionales y sectoriales, la gestión de los recursos del sector; así como para el otorgamiento y reconocimiento de derechos, fiscalización, sanción y ejecución coactiva en las materias de su competencia;

Que, la Reunión de Ministras y Ministros de Salud del Área Andina – REMSAA, en su condición de máxima instancia del Organismo Andino de Salud Convenio Hipólito Unánue (ORAS-CONHU), institución perteneciente al Sistema Andino de Integración, mediante Resolución REMSAA XXXIV/490, aprobó la Política Andina de Salud Intercultural que tiene como propósito fortalecer las acciones que se desarrollan en el marco de los Planes Nacionales de Salud contribuyendo a mejorar la salud de las poblaciones indígenas, promoviendo espacios de concertación social que permitan la construcción de modelos de salud con adecuación intercultural;

Que, la situación de salud de los pueblos indígenas en nuestro país presenta un escenario de carencias crónicas, que se refleja en las elevadas tasas de mortalidad materna e infantil, malnutrición y enfermedades infecciosas, generada entre otros factores por la falta de financiamiento, de insuficiente priorización de programas y servicios de salud, así como en la poca o nula capacidad del personal en aspectos relacionados con las culturas locales, sumándose a ello otros factores adversos, como la discriminación, el analfabetismo, la falta de acceso a los servicios públicos y sociales, el narcotráfico, el deterioro ambiental, entre otros;

Que, dentro de dicho escenario, el Ministerio de Salud en el marco de la reforma de salud que viene emprendiendo, ha sustentado a través del Centro Nacional de Salud Intercultural del Instituto Nacional de Salud, la necesidad de establecer una Política Sectorial de Salud Intercultural, con el objeto de regular las acciones de salud intercultural en el ámbito nacional, a fin de lograr la atención de salud como un derecho humano, que favorezca la inclusión, igualdad de oportunidades y la no discriminación hacia las mujeres y hombres indígenas, amazónicos, afroperuanos por su condición étnica y cultural, para la población, garantizando el ejercicio del derecho a la salud de los pueblos indígenas u originarios, andinos y amazónicos y de la población afroperuana, propuesta que contó con la participación de los representantes de las referidas poblaciones en una consulta previa;

Que, en tal virtud, es necesario aprobar la Política Sectorial de Salud Intercultural, al tener como propósito la inclusión e igualdad de oportunidades para mejorar la salud de estos pueblos, a través del desarrollo de procesos de salud intercultural que contribuirán en la disminución de las brechas sanitarias que presentan;

Que, en tal contexto existe la necesidad de crear una Comisión Multisectorial de Naturaleza Permanente encargada, entre otros aspectos, del seguimiento, monitoreo y evaluación de la Política Sectorial de Salud Intercultural, así como de elaborar cada cinco (5) años un Plan Multisectorial de Salud Intercultural;

De conformidad con lo dispuesto en la Constitución Política del Perú, la Ley N° 26842, Ley General de Salud, la Ley N° 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo y el Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 007-2016-SA;

Con el voto aprobatorio del Consejo de Ministros;

DECRETA:

Artículo 1.- Aprobación

Apruébase la Política Sectorial de Salud Intercultural, que como Anexo forma parte integrante del presente Decreto Supremo, y tiene por objetivo regular las acciones de salud intercultural en el ámbito nacional, a fin de lograr la atención de salud como un derecho humano, que favorezca la inclusión, igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres.

Artículo 2.- Financiamiento

Las acciones que se realicen en el marco de la Política Sectorial de Salud Intercultural, se financian con cargo a los presupuestos institucionales de los pliegos involucrados, conforme a las Leyes Anuales de Presupuesto del Sector Público, sin demandar recursos adicionales al Tesoro Público y en el marco de las normas legales vigentes.

Artículo 3.- Creación de la Comisión Multisectorial de Naturaleza Permanente

Constitúyase la Comisión Multisectorial de Naturaleza Permanente encargada de emitir el informe técnico que contenga el Plan Sectorial de Salud Intercultural 2016-2021, así como realizar el seguimiento de la implementación de la Política Sectorial de Salud Intercultural y formular los mecanismos para su efectivo cumplimiento, con la finalidad de crear un espacio de coordinación y cooperación intersectorial permanente que permita el efectivo cumplimiento de las líneas de acción trazadas, la cual estará adscrita al Ministerio de Salud.

Artículo 4.- Conformación de la Comisión Multisectorial de Naturaleza Permanente

La Comisión Multisectorial de Naturaleza Permanente estará integrada de la siguiente forma:

- a) El/la Viceministro/a de Salud Pública, del Ministerio de Salud quien lo presidirá;
- b) El/la Viceministro/a de Interculturalidad del Ministerio de Cultura;
- c) El/la Viceministro/a de Políticas y Evaluación Social del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social;
- d) El/la Viceministro/a de Poblaciones Vulnerables del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables;
- e) El/la Viceministro/a de Promoción del Empleo y Capacitación Laboral del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo;
- f) El/la Viceministro/a de Políticas para la Defensa del Ministerio de Defensa;
- g) El/la Viceministro/a de Orden Interno del Ministerio del Interior; y,
- h) El/la Viceministro/a de Gestión Pedagógica del Ministerio de Educación.
- i) El/la Viceministro/a de Construcción y Saneamiento del Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento.

Los miembros de la Comisión Multisectorial ejercen su cargo ad honorem.

Artículo 5.- Colaboración

La Comisión Multisectorial puede convocar en calidad de invitados para colaborar con la Comisión, a un(a) representante de la Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza, un(a) representante de la Defensoría

del Pueblo, un(a) representante del Consejo Consultivo de Niñas, Niños y Adolescentes del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables y un(a) representante de las seis organizaciones indígenas nacionales: Asociación Interétnica de Desarrollo de la Selva Peruana (AIDSESP), Confederación de Nacionalidades Amazónicas del Perú (CONAP), Confederación Campesina del Perú (CCP), Confederación Nacional Agraria (CNA), Unión Nacional de Comunidades Aymaras (UNCA), Organización Nacional de Mujeres Indígenas Andinas y Amazónicas del Perú (ONAMIAP), que participaron en el proceso de consulta.

Artículo 6.- Funciones de la Comisión Multisectorial de Naturaleza Permanente La Comisión Multisectorial de Naturaleza Permanente cumple las siguientes funciones:

a) Emitir el informe técnico que contenga el Plan Multisectorial de Salud Intercultural 2016-2021 que desarrolle un modelo de prestación de salud que incluya las dimensiones de acceso físico (sistema de referencia y contrareferencia), pertinencia cultural, conectividad y financiamiento.

b) Emitir el informe técnico que contenga el Plan de Formación de Recursos Humanos en Salud Intercultural, en el marco de los planes nacionales de provisión de recursos humanos para la atención primaria y especializada.

c) Emitir informes técnicos, cuyas conclusiones deben tenerse en cuenta en la implementación, aplicación y seguimiento de la Política. Dichos informes versan sobre las siguientes materias:

c.1. Mecanismos de participación en la gestión y funcionamiento de los servicios de salud que operen en zonas con predominancia de pueblos indígenas u originarios, andinos y amazónicos y de la población afroperuana.

c.2. Mecanismos de excepción para la gestión y funcionamiento de los servicios de salud en zonas dispersas rurales.

c.3. Mecanismos que permitan la producción de información estadística de los pueblos indígenas u originarios, andinos y amazónicos y de la población afroperuana.

c.4. Planes de información, educación y comunicación en torno a la promoción de estilos de vida saludable, en los pueblos indígenas u originarios, andinos y amazónicos y de la población afroperuana.

c.5. Proyectos normativos que contribuyan a disminuir los factores de riesgo y minimicen el efecto de los determinantes sociales en los pueblos indígenas u originarios, andinos y amazónicos y de la población afroperuana.

d) Efectuar el seguimiento y fiscalización de la implementación y aplicación de la Política Sectorial de Salud Intercultural, proponiendo normas, procedimientos, indicadores y estándares en coordinación con los niveles conductores regionales y emitiendo informes anuales sobre los avances respectivos.

e) Formular su Reglamento Interno, el cual será aprobado por Resolución Ministerial del Sector Salud en un plazo no mayor de treinta (30) días hábiles contados a partir del día siguiente de su instalación.

f) Elaborar cada cinco (5) años el informe técnico que contenga la propuesta del Plan Multisectorial de Salud Intercultural.

Artículo 7.- Instalación de la Comisión Multisectorial de Naturaleza Permanente

La Comisión Multisectorial debe instalarse en un plazo no mayor de diez (10) días hábiles siguientes de publicado el presente Decreto Supremo.

Artículo 8.- Representantes alternos

Las entidades del Estado referidas en el artículo 3 del presente Decreto Supremo, mediante resolución de su titular, designan a un (1) representante alterno; preferentemente especializado en temas de interculturalidad, en el término de siete (7) días hábiles contados a partir del día siguiente de publicado el presente Decreto Supremo.

Artículo 9.- Secretaría Técnica

El Viceministerio de Salud Pública del Ministerio de Salud, actúa como Secretaría Técnica de la Comisión Multisectorial, la misma que presta apoyo administrativo y técnico.

Artículo 10.- Publicación

Publíquese el presente Decreto Supremo y la Política Sectorial de Salud Intercultural en el Diario Oficial El Peruano, en el Portal del Estado Peruano (www.peru.gob.pe), en el Portal Institucional de la Presidencia del Consejo de Ministros (www.pcm.gob.pe), en el Portal Institucional del Ministerio de Cultura (www.cultura.gob.pe), en el Portal Institucional del Ministerio de Defensa (www.mindef.gob.pe), en el Portal Institucional del Ministerio de Educación (www.minedu.gob.pe), en el Portal Institucional del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (www.midis.gob.pe), en el Portal Institucional del Ministerio del Interior (www.mininter.gob.pe), en el Portal Institucional del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (www.mimp.gob.pe), en el Portal Institucional del Ministerio de Salud (www.minsa.gob.pe), en el Portal Institucional del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo (www.trabajo.gob.pe) y en el Portal Institucional del Ministerio Vivienda, Construcción y Saneamiento (www.vivienda.gob.pe).

Artículo 11.- Refrendo

El presente Decreto Supremo será refrendado por el Presidente del Consejo de Ministros, la Ministra de Cultura, el Ministro de Defensa, la Ministra de Desarrollo e Inclusión Social, el Ministro de Educación, el Ministro del Interior, la Ministra de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, el Ministro de Salud, el Ministro de Trabajo y Promoción del Empleo y el Ministro de Vivienda, Construcción y Saneamiento.

Dado en la Casa de Gobierno, en Lima, al primer día del mes de abril del año dos mil dieciséis.

OLLANTA HUMALA TASSO
Presidente de la República

DIANA ALVAREZ-CALDERÓN GALLO
Ministra de Cultura y
Encargada del Despacho de la Presidencia
del Consejo de Ministros

JAKKE VALAKIVI ÁLVAREZ
Ministro de Defensa

PAOLA BUSTAMANTE SUÁREZ
Ministra de Desarrollo e Inclusión Social

JAIME SAAVEDRA CHANDUVÍ
Ministro de Educación

JOSÉ LUIS PÉREZ GUADALUPE
Ministro del Interior

MARCELA HUAITA ALEGRE
Ministra de la Mujer y Poblaciones Vulnerables

ANÍBAL VELÁSQUEZ VALDIVIA
Ministro de Salud

DANIEL MAURATE ROMERO
Ministro de Trabajo y Promoción del Empleo

FRANCISCO ADOLFO DUMLER CUYA
Ministro de Vivienda, Construcción y Saneamiento

**POLÍTICA SECTORIAL DE
SALUD INTERCULTURAL****PRESENTACIÓN**

En el Perú, según información oficial del Viceministerio de Interculturalidad del Ministerio de Cultura, registra 55

pueblos indígenas, de los cuales 51 se encuentran en la Amazonía y cuatro en la región andina, hablando diversas lenguas pertenecientes a 19 familias etnolingüísticas incluyendo los pueblos indígenas u originarios en situación de aislamiento o en situación de contacto inicial¹. Cabe señalar que en el Perú, los pueblos indígenas u originarios han optado por más de un tipo de organización (comunidades nativas, comunidades campesinas, parcialidades, entre otros), siendo lo que define a un pueblo indígena u originario los criterios de identificación planteados por la normativa nacional e internacional vigente², tales como: continuidad histórica, conexión territorial, instituciones distintivas y autoidentificación.

Los importantes cambios políticos y sociales ocurridos durante las últimas décadas en los países de la Región, han generado la necesidad de establecer nuevas formas de relación entre el Estado y la sociedad civil, que promuevan la participación de las poblaciones más vulnerables y tradicionalmente excluidas, mejorando la gestión pública para garantizar el ejercicio de sus derechos políticos, económicos, sociales y culturales, lo que incluye una mayor igualdad en el acceso a la salud.

La interculturalidad puede ser entendida como la habilidad para reconocer, armonizar y negociar las múltiples diferencias que existen al interior de cada sociedad. Si se comprende de esta forma, puede transformarse en un medio fundamental para inculcar valores democráticos y responsabilidad política, dentro de un sistema que busca más igualdad para todos. La interculturalidad se refiere también a la interacción comunicativa que se produce entre dos o más grupos humanos de diferente cultura, que pueden ser llamados etnias, sociedades, culturas o comunidades³.

A través del dialogo horizontal, la interculturalidad aspira entre otros objetivos, al reconocimiento y valoración de conocimientos y prácticas de salud locales, así como a su incorporación dentro de los sistemas de salud convencionales, contribuyendo a la aceptabilidad de los sistemas de salud y a la consolidación de un sistema más equitativo y participativo.

En la Reunión de Ministros y Ministras de Salud del Área Andina – REMSAA, como máxima instancia del Organismo Andino de Salud Convenio Hipólito Unánue (ORAS-CONHU), mediante Resolución REMSAA XXXIV/490, aprobó una Política Andina de Salud Intercultural, que tiene como propósito fortalecer las acciones que se desarrollan en el marco de los Planes Nacionales de Salud, con la finalidad de mejorar la salud de las poblaciones indígenas, promoviendo espacios de concertación social que permitan la construcción de modelos de salud con adecuación intercultural.

En nuestro país, la situación de salud de los pueblos indígenas presenta un escenario de carencias crónicas, que se reflejan en las elevadas tasas de mortalidad materna e infantil, malnutrición y enfermedades infecciosas, generadas entre otros factores, por la falta de financiamiento de insuficiente priorización de programas y servicios de salud, así como en la poca o nula capacidad del personal en aspectos relacionados con las culturas locales, sumándose otros factores adversos, como la discriminación, el analfabetismo, la falta de acceso a los servicios públicos y sociales, el narcotráfico, el deterioro ambiental, entre otros.

El Ministerio de Salud, en el marco de la reforma de salud que viene emprendiendo, ha sustentado a través del Centro Nacional de Salud Intercultural del Instituto Nacional de Salud, la necesidad de establecer una Política

¹ La base de datos no es constitutiva de derechos, y por tanto, no es un registro. La información que contiene es referencial, y se irá actualizando a medida que mayor información sea producida por las entidades competentes. Ministerio de Cultura, 2016.

² Fuente: Los derechos de los pueblos indígenas y tribales en la práctica: Una guía sobre el Convenio N° 169 de la OIT (2009); Convenio 169 de la OIT; Ley N° 29785 del derecho a la consulta previa a los pueblos indígenas u originarios, reconocidos en el Convenio N° 169 de la OIT y su Reglamento.

³ <http://www.ops.org.bo/textocompleto/pi31302.pdf>

Sectorial de Salud Intercultural, con el objeto regular las acciones de salud intercultural en el ámbito nacional, a fin de lograr la atención de salud como un derecho humano, que favorezca la inclusión, equidad e igualdad de oportunidades para la población, garantizando el ejercicio del derecho a la salud de los pueblos indígenas u originarios, andinos y amazónicos y de la población afroperuana.

La propuesta busca revalorar los saberes tradiciones en salud de estas poblaciones, reconociendo que sus sistemas de salud se encuentran basados en una cosmovisión propia que se plasma en prácticas e innovaciones culturales específicas, en la transmisión por medios y mecanismos propios, de su patrimonio cultural y en una adecuada provisión de recursos, fruto de una respetuosa y eficiente relación con su entorno, condición que tiene directa repercusión en el acceso a los servicios de salud.

Ante ello, si bien existe la necesidad de implementar más establecimientos de salud⁴, así como contar con más profesionales de salud; resulta también importante que la autoridad sanitaria nacional y los demás actores sociales fomenten y participen en el cambio, de la relación entre la población y los servicios de salud, a fin de reconocer e incorporar dichos saberes y tradiciones en salud que estas poblaciones han acumulado a lo largo de su existencia en nuestro sistema de salud, ya que muchos de estos conocimientos y prácticas, pueden contribuir a ampliar y mejorar la atención de la salud del conjunto de la población.

En el Perú y en otros países de la Región, se han desarrollado experiencias previas que demuestran que la inclusión del componente intercultural incrementa el uso de los servicios de salud significativamente, lo que se refleja en una mayor aceptación de la población hacia estos servicios, así como en la mejora en su calidad, que no es más que el producto de la incorporación de saberes tradicionales en salud, basados en evidencias científicas. Como resultado, se logran la revalorización del conocimiento tradicional, elemento sustantivo en las políticas de inclusión social de las comunidades históricamente excluidas.

BASE LEGAL

- Declaración Universal de los Derechos Humanos.
- Declaración Universal de la UNESCO sobre la Diversidad Cultural y Derechos Humanos.
- Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas.
- Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial.
- Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados.
- Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José).
- Convenio N° 169, sobre Pueblos Indígenas y Tribales.
- Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales.
- Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.
- Observación General N° 14 del Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales de las Naciones Unidas.
- Resolución A / RES/69/2, aprobada por la Asamblea General de Naciones Unidas, sobre la Primera Conferencia Mundial de Pueblos Indígenas.
- Constitución Política del Perú.
- Ley 27300, Ley de aprovechamiento sostenible de las plantas medicinales.
- Ley N° 27811, Ley que establece el régimen de protección de los conocimientos colectivos de los Pueblos Indígenas vinculados a los Recursos Biológicos.
- Ley N° 27821, Ley de Promoción de Complementos Nutricionales para el Desarrollo Alternativo.
- Ley N° 27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales.
- Ley N° 28216, Ley de protección al acceso a la diversidad biológica peruana y los conocimientos colectivos de los pueblos indígenas.

- Ley 28736, Ley para la protección de pueblos indígenas u originarios en situación de aislamiento y en situación de contacto inicial.
- Ley N° 28983, Ley de igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres.
- Ley N° 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo.
- Ley N° 29785, Ley del derecho a la consulta previa a los pueblos indígenas u originarios, reconocido en el Convenio 169 de la Organización Internacional de Trabajadores (OIT).
- Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Resolución Legislativa N° 26253, que aprueba el Convenio 169 OIT, sobre pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes.
- Decreto Supremo N° 008-91-TR, que aprueba el Reglamento de la Ley General de Comunidades Campesinas.
- Decreto Supremo N° 068-2001-PCM, que aprueba el Reglamento de la Ley sobre la Conservación y Aprovechamiento Sostenible de la Diversidad Biológica.
- Decreto Supremo N° 022-2006-PCM, que aprueba el Reglamento de la Ley de Protección al Acceso de la Diversidad Biológica Peruana y los Conocimientos Colectivos de los Pueblos Indígenas.
- Decreto Supremo N° 027-2007-PCM, define y establece las Políticas Nacionales de Obligatorio Cumplimiento para las entidades del Gobierno Nacional.
- Decreto Supremo N° 001-2012-MC, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 29785, Ley de Derecho a la Consulta Previa a los Pueblos Indígenas u Originarios, reconocido en el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT).
- Decreto Supremo N° 004-2012-MIMP, que aprueba el "Plan Nacional de Igualdad de Género 2012-2017.
- Decreto Supremo N° 007-2016-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Resolución Ministerial N° 589-2007/MINSA, que aprueba los Lineamientos de Política Nacional de Salud.

FUNDAMENTOS

1. Diagnóstico

Se estima que existen 45 millones de indígenas en el continente americano, conformando más de 400 diferentes grupos étnicos con diferentes lenguas, organizaciones sociales, cosmovisiones y expresiones culturales. Todos los países de América, excepto Uruguay, tienen pueblos indígenas originarios. Pero la mayoría de los indígenas, de 33 a 40 millones según los estimados más recientes, viven en Latinoamérica y el Caribe. Además, la población indígena de las Américas está altamente concentrada, casi el 90% vive en Bolivia, Ecuador, Guatemala, México y Perú.

El Perú es un país multiétnico y pluricultural, que incluye una población mayoritariamente mestiza y de pueblos indígenas u originarios. Asimismo, por diversos procesos históricos sociales se han incorporado, como producto de un éxodo forzoso o diáspora, las poblaciones afroperuanas, como también, por motivos de migración, poblaciones asiáticas peruanas. Todos ellos constituyen la diversidad cultural del país, la cual debe ser atendida con respeto a su identidad étnica y cultural.

Por ello, según el Censo de Población y Vivienda del año 2007, la población estaba conformada por 27'412,157 de habitantes, dentro del cual, el 15.09% corresponde a población indígena, sobre la base de considerar indígena a la persona que tiene como lengua materna una distinta al castellano. De este 15.09 % el 81.24% habla Quechua, el 10.72% Aymara y el 8.05% una lengua Amazónica.

En la actualidad en el Perú, según información oficial del Viceministerio de Interculturalidad del Ministerio de Cultura, existen alrededor de 54 pueblos indígenas

⁴ Recomendación 4 al Ministerio de Salud. Serie de Informes Defensoriales – Informe N°169. Año 2015

originarios, de los cuales 50 se encuentran en la Amazonia y 4 en la región andina, quienes hablan diversas lenguas, pertenecientes a las 19 familias etnolingüísticas incluyendo los pueblos indígenas u originarios en situación de aislamiento o en situación de contacto inicial¹. Cabe señalar que en el Perú, los pueblos indígenas u originarios han optado por más de un tipo de organización (comunidades nativas, comunidades campesinas, parcialidades, entre otros), siendo lo que define a un pueblo indígena u originario los criterios de identificación planteados por la normativa nacional e internacional vigente tales como: continuidad histórica, conexión territorial, instituciones distintivas y autoidentificación.

En relación a la población Afroperuana ni los censos nacionales ni otros estimados dan una cifra que pueda considerarse válida, sin embargo por su particular de curso socio histórico esta población se distribuye en todo el país sin circunscribirse a modos comunitarios, aunque en algunos casos tengan una cierta agrupación geográfica.

Según la Encuesta Nacional Continua 2006 (ENCO), tuvo como resultado, sobre la identificación étnica y lingüística de la población, que el 51,4% de mujeres y el 48,6% de hombres refirieron haber aprendido un dialecto o lengua nativa en su niñez. Los datos muestran, que el 85,0% de mujeres señaló que aprendió a hablar quechua en su niñez, mientras que el 84,1% de varones indicó lo mismo. El predominio femenino se interpreta por el rol de la mujer, más cercana al entorno hogareño, en donde se suele conservar la lengua materna. En relación al grupo aymara y las lenguas amazónicas, el porcentaje de hombres es ligeramente superior al de las mujeres (9,8% vs. 9,4% y 6,1% vs. 5,6% respectivamente), datos que indirectamente reflejan la condición pluriétnica y pluricultural de nuestro país.

Existen diversas limitaciones para definir la situación de salud de los pueblos indígenas, pues no se encuentran diferenciados aun en los registros de salud pese a que se ha incorporado la variable étnica en los registros de salud desde el año 2010 por iniciativa de la Dirección de Pueblos Indígenas, sin embargo los registros aún son incipientes y por tanto se utiliza otros instrumentos como los ASIS o Análisis de la Situación de Salud. El MINSA a través de la entonces Oficina General de Epidemiología, hoy Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades ha desarrollado una serie de Análisis de Situación de Salud que se inicia en el año 2002 y luego ha continuado con los siguientes títulos.

· **Análisis de la situación del pueblo Shipibo Konibo 2002:** El estudio llevó a cabo un análisis de la situación de salud en el pueblo Shipibo - Konibo con el fin de ayudar a orientar la oferta de salud estatal y optimizar los beneficios sociales de la priorización. La visión indígena de la salud expresada por los Shipibo - Konibo relaciona expresamente la buena salud colectiva con factores tales como ambiente, acceso a recursos alimenticios culturalmente valorados, calidad del agua, calidad de vivienda, acceso a recursos monetarios para cubrir necesidades en el mercado y acceso a educación. En cuanto a la morbilidad, en los registros, la mayoría de las enfermedades por las que se lleva a cabo consultas en establecimientos de salud se refieren a enfermedades transmisibles de origen infeccioso, incluyendo enfermedades de las vías respiratorias, infecciones intestinales y parásitos, problemas bucales, enfermedades de la piel, heridas y traumas de los vasos sanguíneos. La mortalidad por septicemia es una de las principales causas para todos los grupos de edad, siendo que ésta se produce generalmente por complicaciones, por lo que se puede establecer una relación con limitaciones en el acceso oportuno a la atención. Los adultos Shipibo - Konibo tienen 2.6 veces más posibilidades de morir de septicemia que a nivel nacional. Otras causas importantes de mortalidad son las infecciones respiratorias agudas. Entre los varones, los eventos de intención no determinada (mayormente accidentes, vinculados al tipo de actividades productivas que realizan) tienen un peso importante como causa de muerte, relacionadas otra vez con restricciones en el acceso a atención oportuna. Las mujeres Shipibo - Konibo enfrentan aún mayores limitaciones en el acceso

a los servicios de la salud. La oferta estatal se inserta en un medio donde las grandes distancias geográficas y altos costos de movilización son una dificultad crucial. La estrategia actual es una estrategia descentralizada pero no ha sido diseñada para atender la particularidad de la situación de salud indígena. Esta reposa en la existencia de puestos de salud a cargo de personal de diversa jerarquía (mínimamente técnicos sanitarios) y un número más limitado de centros de salud complementados en algunas zonas, con recorridos periódicos a cargo del Equipo Local Itinerante de Trabajo Extramural en Salud (ELITES), el cual tiene a su disposición medios de diagnóstico y capacidad para referir pacientes. Como no todas las comunidades tienen puestos de salud se espera que sus establecimientos de referencia visiten las comunidades para dar atención y hacer prevención.

· **Análisis de la situación de salud de los pueblos en situación de extrema vulnerabilidad: El caso de los Nanti de la reserva territorial Kugapakori Nahua Río Camisea, Cusco 2003:** El estudio buscó identificar los antecedentes históricos, la morbilidad y mortalidad de los pueblos en aislamiento voluntario y contacto inicial, asimismo recoger, a pesar del sub-registro y de la carencia de información diferenciada, las enfermedades prevalentes suministrada en los ámbitos de la Microred Camisea. Las principales causas de morbilidad fueron las EDAS, IRAS, Desnutrición, Tuberculosis y Malaria. En la cuenca del Urubamba el desarrollo de los servicios de salud era relativamente reciente (en el año 2003), y habían experimentado un rápido crecimiento en términos de cobertura pero sus capacidades institucionales eran limitadas para demanda de salud y en particular a la alta morbilidad asociada a epidemias. La capacidad resolutoria del Centro de Salud Camisea era y es aún insuficiente. Se requiere la adopción de procedimientos para recabar información oportuna y de recursos para realizar intervenciones que mejoren la salud de esta población. En el año 2013 se realizó una actualización del ASIS Nanti, que se encuentra en fase de publicación.

· **Análisis de la situación de salud del pueblo Matsigenka 2006:** Entre los Matsigenka la noción de bienestar está estrechamente ligada a la ausencia de enfermedad y a la conservación de la armonía social. La apreciación Matsigenka del proceso salud-enfermedad tiene como trasfondo una percepción propia de la relación entre el orden natural y el sobrenatural. Según ésta, los males del cuerpo tienen origen en daños al alma de la persona producidos a su vez por un desequilibrio social entre los hombres o en las relaciones con otros seres de la naturaleza. La percepción de la salud - enfermedad de la población Matsigenka es desconocida o ajena al personal de la salud y como resultado de ello los síntomas de los cuadros culturalmente definidos como «daño», pérdida de alma, entre otros, quedan por lo general excluidos de atención y tratamiento en los centros de salud o llegan sólo cuando los casos han adquirido gravedad. Las encuestas de percepción de la morbilidad en las comunidades Matsigenka junto a los cuadros culturalmente construidos (síntomatología asociada a «daños», brujería y la pérdida del alma), destacan la presencia de las enfermedades carenciales (desnutrición, raquitismo y anemia), las enfermedades transmisibles (diarreas, gripe, bronquitis, neumonías en particular, en brotes reiterados), y de nuevas enfermedades. El alcoholismo es también una patología reiteradamente señalada como nueva en las comunidades. A pesar que se encuentran coincidencias en los perfiles de enfermedad tanto en los registros oficiales como en las encuestas de percepción, algunas enfermedades son consideradas más importantes en las encuestas. Esto se observa principalmente en las enfermedades diarreicas, enfermedades de las vías urinarias, la malaria, descensos y flujos vaginales, y la tuberculosis. La encuesta de percepción de la mortalidad Matsigenka precisa este patrón. Así, la población menciona como principal causa de muerte a las infecciones respiratorias, seguida por los «daños» que se manifiestan afectando a los órganos respiratorios, digestivos y otros, ahogamientos, mordeduras de víbora, enfermedades diarreicas (incluido el cólera), accidentes y traumatismos; alcoholismo con complicaciones, cansancio

y vejez. En la mayor parte de los escenarios la población Matsigenka percibe que los agentes propios de la salud (especialistas indígenas) no tienen la preparación, conocimiento y poder que los del pasado, revelando la frustración frente a la nueva problemática de salud. Aun así, el sistema muestra capacidad de innovación con la incorporación de nuevas especializaciones en herboristería e innovaciones etiológicas. El establecimiento de servicios de salud del MINSA en la región que habitan los Matsigenka se desarrolló paulatinamente desde la década de 1960 a través de la acción de las misiones católica y evangélica. Desde la década de 1990 ha tenido lugar una rápida ampliación de la oferta física de servicios de salud del Estado para las comunidades. El sistema ha incorporado a una muy pequeña proporción de técnicos indígenas aunque se complementa con el apoyo de los promotores de salud comunitarios y los botiquines. La mayor parte del personal (médicos, enfermeros, obstetras, técnicos en enfermería y técnicos sanitarios) proceden del Cusco y Quillabamba y éste presenta gran rotación en sus puestos. Salvo los técnicos sanitarios indígenas, y algunos pocos casos excepcionales, el personal cambia constantemente, lo cual dificulta las posibilidades de familiarizarse con la realidad social, cultural y ambiental local, las percepciones Matsigenka sobre la salud y la enfermedad y los cuadros de morbilidad culturalmente construidos.

• **Análisis de la situación de salud del pueblo Achuar 2006:** La capacidad del Sector Salud de responder al perfil de morbi-mortalidad en las comunidades Achuar, tiene como principal limitación la carencia de información. Buena parte de la demanda de atención no llega a ser conocida por el sistema estatal por falta de accesibilidad a los establecimientos de salud de las comunidades ubicadas a una distancia considerable, lo cual se refleja en un sub registro de la morbilidad y demanda de atención, que además no incorpora adecuadamente la variable étnica en los registros del sector. La morbilidad en el Pueblo Achuar muestra una alta incidencia de enfermedades transmisibles y enfermedades prevenibles por vacunas. Las primeras son responsables a su vez de la incidencia elevada de enfermedades prevenibles por vacuna en niños menores de 4 años. En todas las zonas destacan la alta incidencia de malaria y de las enfermedades respiratorias que a su vez son causa de muerte frecuente cuando no son tratadas oportunamente. Existen también caso de mordeduras de murciélagos. Tal como opera actualmente el sistema existen importantes barreras de acceso al servicio por parte de la población Achuar. La más notoria es la barrera geográfica que deriva en la dispersión de la población Achuar en un amplio territorio y la ubicación de establecimientos de salud en ciertas localidades a cargo de una determinada jurisdicción bajo el supuesto de que los recursos humanos del sector dan cobertura a la población asignada al puesto de salud. Ello no ocurre principalmente por falta de medios logísticos. Las dificultades de acceso y desde los establecimientos de salud exigen un replanteamiento de los métodos de trabajo del sector y una optimización de sus recursos. El factor económico limita también el acceso a los servicios de salud debido a que si bien la cobertura del SIS es ahora nominalmente universal para los pueblos indígenas amazónicos, incluidos los Achuar, experimenta un continuo desabastecimiento y la falta de documentos de identidad limita la cobertura.

• **Análisis de la situación de salud del pueblo Aymara - Puno 2010:** El 67% de la población aymara percibe la atención de los establecimientos de salud como regular; un 28% como buena; y un 5% como mala. Entre los factores que sustentaron la calificación se mencionaron la ausencia de profesionales de la salud en los establecimientos, elevada rotación de personal, deficiente implementación de los establecimientos, horario de funcionamiento restringido, no se habla aymara, trato inadecuado del personal de la salud, discriminación en la atención. La capacidad del Sector Salud de responder al perfil de morbi-mortalidad en el pueblo Aymara se encuentra fuertemente limitada por su nivel de conocimiento de la percepción cultural

de la población, captación de información, dificultades para caracterizar adecuadamente el perfil específico al no incluir en los registros la variable etnia, lo que se refleja en un subregistro de la morbimortalidad. Las principales causas de enfermedad en esta población son las infecciones respiratorias agudas (35%), esta elevada morbilidad se mantiene en los diferentes escenarios y en todos los grupos étnicos; la segunda causa son las patologías relacionadas a los dientes y sus estructuras de sostén y en tercer lugar otros traumatismos explicados en su mayoría por los accidentes de tránsito. Por su parte, la población Aymara percibe al Kharisiri o la Antawalla⁵, como las enfermedades tradicionales más frecuentes y de mayor gravedad en la población y para las que no hay atención en los establecimientos de salud. Las principales causas de muerte de esta población se deben a Infecciones respiratorias agudas (18%), enfermedades del sistema urinario (11%), y enfermedades del sistema digestivo (6%). Se encuentran también las enfermedades isquémicas del corazón, deficiencias nutricionales y anemias nutricionales, septicemia, excepto neonatal, eventos de intención no determinada, apendicitis, insuficiencia cardíaca, hernia de la cavidad abdominal y obstrucción intestinal. Como se puede apreciar este complejo perfil incluye enfermedades transmisibles, degenerativas, carenciales y de causa externa, evidenciándose la vulnerabilidad de la población Aymara que no tiene un acceso oportuno a un servicio de salud, ni sigue un tratamiento adecuado.

La información de los ASIS se complementa con algunos datos generales que derivan del II Censo de Comunidades Indígenas de la Amazonía Peruana del año 2007⁶, los que se orientan fundamentalmente a los determinantes sociales de la salud:

• Según el II Censo de las Comunidades Indígenas - 2007 la tasa de analfabetismo es de 19.4%, con un sesgo por género en detrimento de la mujer. Las viviendas carecen de agua disponible por una red pública, en un 92.1%. La disponibilidad de servicios higiénicos no necesariamente conectados a una red (letrinas, silos entre otras formas) es solo del 5.8%. Carecen de alumbrado eléctrico el 86.2%.

• En salud sexual y reproductiva, el 6.8% de las mujeres indígenas tuvo su primer hijo a la edad de 12 a 14 años y el 55.6% han tenido un primer hijo antes de los 19 años. Solo el 48,7 de la población indígena amazónica estaba en el 2007 afiliado al Seguro Integral de Salud. Sobre los servicios de salud; el 59.1% de comunidades indígenas tienen acceso a un establecimiento de salud, pero el nivel de complejidad de los mismos es en su mayoría de Nivel I. Sobre la atención de la salud el 33% de la población indígena se atienden con el curandero, con el médico, enfermero o sanitario y el 31% se curan ellos mismos empleando la medicina tradicional o popular. No existe información de síndromes culturales ni del empleo de plantas medicinales.

• Las dificultades del sistema de salud para encontrar profesionales que hablen lenguas indígenas complican aún más la situación. La barrera comunicacional entre

⁵ Análisis de Situación del Pueblos Aymara. Puno 2010. MINSA - DGE Año 2010: **Saca sebo** (Likichiri / Kharisiri): Es un persona que suele rondar por los lugares inhabitados, desiertos de los valles y altiplanos, extrae el sebo del adulto. Sus síntomas son fiebre, malestar general, tiene mucho sueño, no come, vomita, la piel se le pone de color oscuro, a la altura de los riñones un pequeño piquete; **Gato de fuego** (Antawalla / Lari Lari): Es también un espíritu nocturno que tiene la capacidad de asumir una serie de aspectos diferentes, como un pájaro, una serpiente y un gato. Asusta a las personas y sus síntomas son dolor del corazón, agitación, fiebre, no come, no puede dormir.

⁶ INEI. Censo Nacional y Vivienda 2007; II Censo de Comunidades Indígenas de la Amazonía Peruana (2007)

los prestadores de asistencia sanitaria y la población indígena limitan el acceso a una atención de calidad. Por otro lado, el temor y la desconfianza hacia los trabajadores de la salud, causados muchas veces por prejuicios, discriminación o diferencias culturales, impiden a menudo que los indígenas busquen en el sistema de salud la atención que necesitan. Un informe reciente⁷ sobre la salud de los pueblos indígenas en el Perú revela un escenario de carencias crónicas en el financiamiento de los programas y servicios de salud, a lo que se suma la poca o nula capacitación del personal en aspectos relacionados con las culturas locales, para citar hechos como los médicos destacados en zonas rurales, sin incentivos y frente a duras condiciones de trabajo, lo que hace que quieran abandonar lo antes posible dichos puestos de trabajo.

- La incidencia de la pobreza es desproporcionadamente mayor entre los grupos indígenas en comparación con los no indígenas y va acompañada de otros factores adversos, como la discriminación, el analfabetismo, la falta de acceso a los servicios sociales, las violaciones de derechos, los conflictos armados, el narcotráfico y el deterioro ambiental.

- La población indígena presenta tasas muy elevadas de mortalidad materna e infantil, malnutrición y enfermedades infecciosas; ello con el incremento de la migración indígena a las ciudades, agravan las condiciones de salud. Aunque los índices de morbilidad y el perfil epidemiológico de los indígenas sean similares a los de otros grupos desfavorecidos, su situación desventajosa se ve exacerbada a causa de los prejuicios y la discriminación de origen étnico ejercida muchas veces por el propio personal de la salud. En el Perú, la población indígena tiene una vez y media más de posibilidades de ser pobre y casi tres veces más de ser extremadamente pobre que la población no indígena (UNFPA: Day of 6 Billion Fast Facts, 2000).

- Las diferencias de género en las regiones con población indígena quechua, como son, Ayacucho, Huancavelica y Apurímac, se acrecientan sobre todo en indicadores como desnutrición crónica, anemia, esperanza de vida al nacer, mortalidad infantil, mortalidad materna lo que genera ámbitos de gran vulnerabilidad social.⁸

- Los pueblos indígenas u originarios, andinos y amazónicos y de la población afroperuana, poseen sus sistemas de salud basados en una cosmovisión propia que se plasma en prácticas e innovaciones culturales específicas, en la transmisión por medios y mecanismos propios de su patrimonio cultural y en una adecuada provisión de recursos, fruto de una respetuosa y eficiente relación con su entorno.

2.- Análisis

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas en su Observación General N° 14 señala que **“el derecho a la salud no debe entenderse como un derecho a estar sano**. El derecho a la salud comprende libertades y derechos. Entre las libertades figura el derecho a controlar su salud y su cuerpo, con inclusión de la libertad sexual y genésica, y el derecho a no padecer injerencias, como el derecho a no ser sometido a torturas ni a tratamientos y experimentos médicos no consensuales. En cambio, entre los derechos figura el relativo a un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud”. Asimismo, releva la importancia de incorporar **el enfoque de género**, ya que “para suprimir la discriminación contra la mujer es preciso elaborar y aplicar una amplia estrategia nacional con miras a la promoción del derecho a la salud de la mujer a lo largo de toda su vida. Esa estrategia debe prever en particular las intervenciones con miras a la prevención y el tratamiento de las enfermedades que afectan a la

mujer, así como políticas encaminadas a proporcionar a la mujer acceso a una gama completa de atenciones de la salud de alta calidad y al alcance de ella, incluidos los servicios en materia sexual y reproductiva. Un objetivo importante deberá consistir en la reducción de los riesgos que afectan a la salud de la mujer, en particular la reducción de las tasas de mortalidad materna y la protección de la mujer contra la violencia en el hogar. El ejercicio del derecho de la mujer a la salud requiere que se supriman todas las barreras que se oponen al acceso de la mujer a los servicios de salud, educación e información, en particular en la esfera de la salud sexual y reproductiva. También es importante adoptar medidas preventivas, promocionales y correctivas para proteger a la mujer contra las prácticas y normas culturales tradicionales perniciosas que le deniegan sus derechos genésicos⁹.

El derecho a la salud está reconocido y garantizado en el artículo 7 de la Constitución Política del Perú. Según el Tribunal Constitucional tiene una doble dimensión: a) el derecho de todos los miembros de una determinada comunidad de no recibir por parte del Estado un tratamiento que atente contra su salud, b) el derecho de exigir del Estado las actuaciones necesarias para el goce de parte de los ciudadanos y ciudadanas de servicios de calidad en lo relacionado a la asistencia médica, como hospitalaria y farmacéutica. El derecho a la salud es un derecho fundamental por su relación inseparable con el derecho a la vida¹⁰.

En el Perú y en otros países de la Región, se han desarrollado experiencias previas, que muestran que cuando se incluye el componente intercultural, el uso de los servicios de salud se incrementa significativamente, no solo por la mayor aceptación por la población, sino por la mejora de la calidad del servicio producto de la incorporación de conocimientos tradicionales en salud, basados en evidencias científicas. Esto implica la revalorización del conocimiento tradicional, elemento sustantivo en las políticas de inclusión social de las comunidades históricamente excluidas.

Este hecho tiene directa repercusión en el acceso a los servicios de salud. La población tiene limitado acceso a los servicios de salud, no solo porque éstos no existen o si existen, tienen escasa capacidad resolutoria, lo que sumado a la falta de reconocimiento de parte del sistema público de salud de las necesidades, percepciones, conocimientos y prácticas de estas comunidades, genera en ellas una percepción de incompreensión y maltrato, por lo cual se produce un limitado uso de estos servicios, haciendo ineficiente e improductivo el funcionamiento de los establecimientos de salud.

Si bien existe la necesidad de implementar más establecimientos de salud, así como contar con más profesionales de la salud; es importante también que la autoridad sanitaria nacional y los demás actores sociales fomenten y participen en el cambio, de la relación entre la población y los servicios de salud, a fin de reconocer e incorporar dichos conocimientos y tradiciones en salud que estas poblaciones han acumulado a lo largo de su existencia en nuestro sistema de salud, ya que muchos de estos conocimientos y prácticas, pueden contribuir a ampliar y mejorar la atención de la salud del conjunto de la población.

El rico acervo cultural y el amplio conocimiento tradicional en aspectos relativos a la atención y prevención de la salud, se expresan en la existencia de un gran número de agentes de la medicina tradicional, así como

⁷ Los ODM constituyen un plan acordado entre los líderes de 189 estados (2000), que establece metas y plazos para combatir la pobreza, el hambre, las enfermedades, el analfabetismo, la degradación del medio ambiente y la discriminación contra la mujer, en consonancia con los principios de los derechos humanos, el gobierno responsable y la democracia

⁸ Brechas de Género: Diferencias entre hombres y mujeres en el acceso al bienestar en Ayacucho, Huancavelica y Apurímac. Manuela Ramos 2011.

⁹ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas en su Observación General N° 14. En: <http://www1.umn.edu/humanrts/gencomm/epcomm14s.htm>

¹⁰ Sentencia del Tribunal Constitucional N° 03599-2007-AAFJ2

las prácticas que mantienen las familias en el cuidado de su salud, lo que contribuirá a mejorar la atención a la salud del conjunto de la población.

3.- Justificación

En el Perú, no obstante los esfuerzos realizados, los avances alcanzados en el desarrollo de un sistema de salud con pertinencia cultural han sido limitados. Debe destacarse la aprobación de la Norma Técnica de Atención del Parto Vertical con adecuación cultural. Sin embargo los logros han sido fragmentados y poco sostenibles.

En este contexto el Ministerio de Salud a través de diversas dependencias del nivel nacional y los Gobiernos Regionales en lo que les corresponde desarrollan acciones orientadas a mejorar la salud de los pueblos indígenas u originarios, andinos y amazónicos y de la población afroperuana, sin embargo, al no formar parte de una política para todo el sector, derivan en medidas aisladas y en riesgo de depender de decisiones de los niveles regionales de gobierno que varían según el cambio de autoridades.

En función a lo expuesto, es prioritario para el país el desarrollo de una Política Sectorial de Salud Intercultural, así como la ejecución de programas e intervenciones en salud con pertinencia cultural. Lo trascendente de la Política está en el hecho que se logre abarcar al conjunto del Sistema de Salud en todos sus niveles de atención, incluyéndose las actividades promocionales y prestacionales.

La Política Sectorial de Salud Intercultural permitirá que los pueblos indígenas u originarios, andinos y amazónicos y de la población afroperuana dispongan de un instrumento claro que defina y exprese las obligaciones del Estado en función a los derechos de sus ciudadanos culturalmente diversos. Por su parte el Estado contará con un marco de referencia para el cumplimiento de sus deberes con los ciudadanos que pertenecen a estas poblaciones y como resultado de esta confluencia de deberes y derechos se contará con orientaciones e indicadores claros para el desarrollo de planes y programas destinados a mejorar el estado de salud de estas poblaciones.

PRINCIPIOS DE LA POLÍTICA

La Política Sectorial de Salud Intercultural, como resultado de un proceso participativo, constituye una oportunidad para dirigirnos hacia la creación de un Estado multilingüe, multiétnico y pluricultural, que satisfaga el derecho legítimo de los pueblos del Perú a preservar y desarrollar sus sistemas tradicionales de salud y a la vez que sea capaz de fomentar la creación de modelos interculturales de salud, basados en los siguientes principios:

Participación y concertación:

La Política Sectorial de Salud Intercultural será diseñada, implementada y evaluada sobre la base de procesos participativos y concertados con igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres de los pueblos indígenas u originarios, andinos y amazónicos y de la población afroperuana.

Igualdad y no discriminación:

La Política Sectorial de Salud Intercultural se implementará sobre la base de los principios constitucionales de igualdad y no discriminación que imponen al Estado el deber de dar las mismas condiciones, trato y oportunidades sin distinción de clase, sexo, edad, creencias, etnia o cultura conforme lo dispone el artículo 2 de la Constitución Política del Perú.

Legalidad:

Las acciones dirigidas a implementar y aplicar la Política Sectorial de Salud Intercultural deben estar acordes con lo previsto en la Constitución Política del Perú, en la ley y en los tratados internacionales ratificados por el Estado Peruano.

Asimismo, la Política Sectorial de Salud Intercultural se basa en los siguientes enfoques:

a) Enfoque de Intersectorialidad:

Cada sector del poder ejecutivo asume la intervención en la Política Sectorial de Salud Intercultural a fin de revertir brechas estructurales y culturales, y actuar sobre los determinantes que afectan la salud de mujeres y hombres de los pueblos indígenas u originarios, andinos y amazónicos y de la población afroperuana, de manera oportuna y eficiente, cumpliendo sus responsabilidades, respetando el campo de atribuciones y generando prácticas de coordinación y complementación a fin de evitar la duplicidad y sobreposición de intervenciones, en el marco de las leyes.

b) Enfoque de Interculturalidad

La puesta en práctica de la Política Sectorial de Salud Intercultural se desarrollará en base a un proceso permanente de diálogo constructivo, de intercambio y aprendizaje entre diversas culturas en igualdad de condiciones y sin discriminación. Busca erradicar las inequidades sin suprimir las identidades culturales particulares respetando la riqueza de la diversidad cultural.

c) Enfoque Intergubernamental:

Cada nivel de gobierno (nacional, regional, local) asume el ejercicio de las competencias compartidas, de manera oportuna y eficiente, cumpliendo sus responsabilidades, respetando el campo de atribuciones y generando prácticas de coordinación, complementación y articulación intergubernamental, para la reducción de brechas y logro de resultados.

d) Enfoque de Inclusión social:

La puesta en práctica de una Política Sectorial de Salud Intercultural, permitirá fortalecer los procesos de inclusión social, al posibilitar el acceso de poblaciones tradicionalmente excluidas a los servicios de salud públicos. Asimismo, el reconocimiento e incorporación de los conocimientos y tradiciones en salud, permite revalorar la cultura ancestral de nuestros pueblos indígenas u originarios, andinos y amazónicos y de la población afroperuana, priorizando a aquellas personas en situación de mayor pobreza y vulnerabilidad, que no logran ser cubiertas por la política social universal, por ello, son focalizadas y temporales, ya que el objetivo es lograr que todas las personas puedan ser cubiertas por las políticas universales sectoriales

e) Enfoque de Derechos Humanos:

La aplicación de una Política Sectorial de Salud Intercultural, se fundamenta en el respeto de la dignidad de toda persona, quien es titular de derechos por su sola condición de ser humano, para este enfoque el ser humano es el centro de las diversas esferas de acción del Estado, en consecuencia las mujeres y los hombres de los pueblos indígenas u originarios, andinos y amazónicos y de la población afroperuana tienen los mismos derechos y no es admisible ninguna diferenciación ni objetiva ni razonable relativa al ejercicio de derechos y goce de oportunidades. Los derechos humanos son universales, irreversibles, indivisibles, interdependientes, complementarios y no jerarquizables.

f) Enfoque de Género

La aplicación de una Política Sectorial de Salud Intercultural, desarrollará una forma de mirar la realidad identificando los papeles y tareas que realizan los hombres y las mujeres en una sociedad, así como las relaciones de poder e inequidades que se producen entre ellos, a fin de conocer y explicar las causas que generan estas asimetrías y desigualdades, y formular medidas (políticas,

mecanismos de acción afirmativa, normas, entre otros) que contribuyan a superar las brechas de género.

g) Enfoque de interseccionalidad

La aplicación de una Política Sectorial de Salud Intercultural permitirá relacionar varias condiciones sociales que generan desigualdades como la raza, sexo, origen nacional, étnico, edad, orientación sexual, identidad de género, discapacidad, status migratorio, idioma, religión, condición socioeconómica y otras categorías y determinar cómo se interrelacionan y retroalimentan generando una sistemática situación de desigualdad social. Desde el enfoque de interseccionalidad se reconoce la existencia de una “ciudadanía diferenciada” que necesita políticas diferenciadas para atender sus necesidades particulares.

h) Enfoque para resultados

La puesta en práctica de una Política Sectorial de Salud Intercultural, considera que todo el ciclo de una intervención pública, los productos que genera (bienes y servicios), las estrategias y recursos (humanos y financieros) que se utilizan para lograr los resultados esperados que impacten positivamente en la vida de los ciudadanos, se transparentan en el presupuesto público y se definen responsabilidades de las entidades correspondientes y son objeto de seguimiento, evaluación, rendición de cuentas y vigilancia ciudadana.

i) Enfoque de costo beneficio:

La puesta en práctica de una Política Sectorial de Salud Intercultural, posibilitará una mayor utilización de los establecimientos de salud, por parte de las poblaciones culturalmente diferenciadas. Por otro lado, tendrá un mayor impacto en la mejora de los principales indicadores sanitarios que afectan a los pueblos indígenas u originarios, andinos y amazónicos y de la población afroperuana.

POLÍTICA SECTORIAL DE SALUD INTERCULTURAL

1. Objetivo General

La Política Sectorial de Salud Intercultural tiene por objeto regular las acciones de salud intercultural en el ámbito nacional, a fin de lograr la atención de salud como un derecho humano, que favorezca la inclusión, igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres, garantizando el ejercicio del derecho a la salud de los pueblos indígenas u originarios, andinos y amazónicos y de la población afroperuana.

1.1 Objetivos Específicos

- Lograr el aseguramiento universal en salud, así como el pleno acceso a servicios de salud que brinden una atención integral, de calidad y con pertinencia cultural, para los pueblos indígenas u originarios, andinos y amazónicos, así como para la población afroperuana.

- Lograr que en los establecimientos de salud ubicados en ámbitos donde habitan pueblos indígenas u originarios andinos y amazónicos, así como población afroperuana, articulen el conocimiento convencional y el tradicional, en el marco del reconocimiento y revalorización de la medicina tradicional.

- Lograr que el personal que labora en los establecimientos de salud que brindan atención a pueblos indígenas u originarios, andinos y amazónicos, así como para la población afroperuana, tenga adecuadas competencias y habilidades en salud intercultural.

- Lograr que en nivel nacional y en regiones priorizadas se implementen mecanismos institucionales de activa participación de los pueblos indígenas u originarios, andinos y amazónicos y de la población afroperuana, en los procesos de gestión, prestación y evaluación de los servicios de salud.

2. Del Alcance

La Política Sectorial de Salud Intercultural es de aplicación obligatoria en todas las instituciones prestadoras de servicios de salud públicos: Establecimientos de salud a cargo del Instituto de Gestión de Servicios de Salud-IGSS, del Ministerio de Salud, de los Gobiernos Regionales (Direcciones Regionales de Salud – DIRESA y/o Gerencia Regionales de Salud - GERESA o las que cumplan su función), Gobiernos Locales, del Seguro Social de Salud - EsSalud, de las Sanidades de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional del Perú. Así como para las instituciones prestadoras de servicios de salud privadas y otros prestadores que brinden atención de salud en todo el país.

3.- De las Definiciones Operativas:

Interculturalidad.- Es la actitud comunicacional basada en la comprensión y respeto de los conocimientos, ideas, juicios, creencias y prácticas del “otro” y que contribuye a una mejor interacción de representantes de diversos grupos culturales; esto es, a una mejor convivencia social que deriva en una mutua transformación y beneficio común de los interactuantes¹¹.

Enfoque de género.- Género hace referencia al conjunto de roles y relaciones sociales, características de personalidad, actitudes, conductas, valores, relaciones de poder e influencia que cada sociedad atribuye a cada uno de los dos sexos; la etnicidad, el nivel socioeconómico, su orientación sexual, la geografía y otros determinantes sociales sitúan a las mujeres y a los varones en lugares diferentes en el escenario social, complejizando necesariamente las relaciones entre género y sexo. Estos roles no producen resultados uniformes, sino que son constituidos y actuados de maneras diversas por las personas y los grupos a lo largo del ciclo de vida¹².

Es una forma de mirar la realidad identificando los papeles y tareas que realizan los hombres y las mujeres en una sociedad, así como las relaciones de poder e inequidades que se producen entre ellos, a fin de conocer y explicar las causas que generan estas asimetrías y desigualdades, y formular medidas (políticas, mecanismos de acción afirmativa, normas, etc.) que contribuyan a superar las brechas de género

Agentes de Medicina Tradicional o Ancestral.-

Personas que ejercen la medicina tradicional y que son reconocidas en su comunidad por el conocimiento que poseen de saberes ancestrales en el campo de la atención de salud que han servido para restablecer la salud de las personas integrantes de su pueblo. Estos pueden haber sido aprendidos de sus antepasados o de otras personas integrantes de la comunidad, a través de la transmisión oral o de una práctica permanente. Las personas agentes de medicina tradicional o ancestral tienen diversas denominaciones según las actividades que desempeñan y la cultura a la que pertenecen. Así tenemos: huesero, partera, hierbero, curandero, shaman, altomisayoc, yatiri, colliri, vegetalista, vaporador, entre otros¹³.

Calidad de atención intercultural.- En general se considera como atención intercultural, al grado con el cual los procesos de la atención médica convencional y tradicional o ancestral incrementan la probabilidad de resultados deseados por los pacientes y reduce la probabilidad de resultados no deseados. Priorizar la atención de las personas y su diversidad, permite reconocer la necesidad de brindar una atención pertinente

¹¹ Norma y Guías Técnicas en Salud Indígenas en Aislamiento y Contacto Inicial. Lima, 2008

¹² Módulo de Género en curso virtual: la integración del enfoque de género en el abordaje de la salud: Aportes conceptuales y metodológicos para fortalecer la calidad y la equidad. FLACSO. Argentina. 2009.

¹³ Documento Técnico Dialogo Intercultural en Salud. CENSI – INS. Lima, 2014

(adecuada culturalmente) y cálida, entendiendo la calidez como un cambio de actitud en el trato, con pertinencia cultural en el diálogo horizontal con los pacientes y en la atención de sus demandas.

Determinantes Sociales en Salud: Son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas.

Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria¹⁴.

4. De la Política Sectorial de Salud Intercultural

La Política Sectorial de Salud Intercultural, se estructura en base a cuatro (4) ejes fundamentales, respecto de los cuales se establecen las líneas de acción de la política orientados a alcanzar el bienestar general de la población:

Eje de Política 1.- Garantizar el derecho a la salud desde los enfoques intercultural, de derechos, de género e inclusión social en la prestación de los servicios de salud para los pueblos indígenas u originarios, andinos y amazónicos, así como para la población afroperuana.

Comprende las siguientes líneas de acción:

1. Garantizar el ejercicio del derecho a la salud de los pueblos indígenas u originarios, andinos y amazónicos y de la población afroperuana, en concordancia con la Constitución Política del Perú y las disposiciones del Convenio 169 de la OIT, en los diferentes niveles de atención, institucionalizando la comunicación y diálogo intercultural entre el personal de salud proveedor y las personas usuarias.

2. Difundir el enfoque de derechos, género e interculturalidad en salud referido a los pueblos indígenas u originarios, andinos y amazónicos y de la población afroperuana.

3. Fortalecer la mejora de la calidad de atención en salud intercultural considerando el fortalecimiento de la capacidad resolutoria de las instituciones prestadoras de servicios de salud, accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad, calidez, no discriminación y acceso a la información.

4. Garantizar la igualdad y la erradicación de toda forma de discriminación en la prestación de servicios de salud, promoviendo el respeto a la diversidad cultural en todos los niveles de atención.

5. Disponer de la incorporación prioritaria en el Aseguramiento Universal en Salud (AUS) incluyendo la salud sexual y reproductiva, a las personas que pertenecen a los pueblos indígenas u originarios, andinos y amazónicos y de la población afroperuana.

6. Desarrollar intervenciones diferenciadas, con pertinencia cultural, en la población migrante proveniente de los pueblos indígenas u originarios, andinos y amazónicos y de la población afroperuana hacia ámbitos urbanos.

7. Desarrollar e implementar la normatividad orientada a fortalecer los servicios de salud recuperativos, preventivos y promocionales del sector con pertinencia cultural, en relación a los pueblos indígenas u originarios, andinos y amazónicos y de la población afroperuana, especialmente en los ámbitos expuestos a contaminantes peligrosos por actividades extractivas o de transformación.

8. Incorporar la pertenencia étnica por autorreconocimiento en los sistemas de registro de atención de los servicios de salud.

9. Garantizar el financiamiento de las líneas de acción descritas en la presente Política, con el fin de asegurar su ejecución y coadyuvar al cumplimiento de los objetivos planteados.

Eje de Política 2.- Fomentar la medicina tradicional o ancestral y su articulación con la medicina convencional.

Comprende las siguientes líneas de acción:

1 Reconocer la importancia y valor de la medicina tradicional o ancestral y el ejercicio que de ella hacen los pueblos indígenas u originarios, andinos y amazónicos y de la población afroperuana, promoviendo su registro como patrimonio cultural inmaterial de la nación.

2 Fortalecer el trabajo comunitario con las mujeres y hombres agentes de medicina tradicional o ancestral.

3 Disponer de la recopilación, revalorización, así como el rescate, la conservación y la difusión del conocimiento de la medicina tradicional o ancestral, de acuerdo a lo dispuesto por la Ley 27811 que establece el régimen de protección de los conocimientos colectivos de los pueblos indígenas vinculados a los recursos biológicos, y de manera participativa y coordinada con las mujeres y hombres de los pueblos indígenas u originarios, andinos y amazónicos y de la población afroperuana.

4 Fomentar el uso culturalmente pertinente de recursos y tecnologías de la medicina tradicional o ancestral por el personal de la salud en los diferentes niveles de atención, propiciando la participación de mujeres y hombres agentes de la medicina tradicional o ancestral.

5 Participar junto con las mujeres y hombres de los pueblos indígenas u originarios, andinos y amazónicos y de la población afroperuana en la promoción de la conservación de la diversidad biológica y/o protección de los conocimientos colectivos relacionados a la salud.

6 Desarrollar y fomentar investigaciones en medicina tradicional, incluyendo la acción de las plantas medicinales y la identificación de los síntomas culturales y su tratamiento de manera participativa y coordinada con las mujeres y hombres de los pueblos indígenas u originarios, andinos y amazónicos y de la población afroperuana.

7 Desarrollar investigaciones sobre los procesos de salud-enfermedad y análisis de la situación de salud considerando las diferencias en cuanto al género, la edad, etnia, situación de discapacidad, procedencia socioeconómica en los pueblos indígenas u originarios, andinos y amazónicos y de la población afroperuana.

8 Desarrollar proyectos de salud intercultural con enfoque de género en los servicios de salud.

9 Establecer alianzas intersectoriales, intergubernamentales y comunales para la protección y promoción de la salud de los pueblos indígenas u originarios, andinos y amazónicos, así como de la población afroperuana.

Eje de Política 3.- Fortalecer capacidades y habilidades de los recursos humanos en salud intercultural.

Comprende las siguientes líneas de acción:

1 Formular planes de estudio para la formación intercultural con enfoque de género, en pregrado y post grado de recursos humanos en salud.

2 Disponer acciones para el desarrollo de capacidades y habilidades interculturales en los prestadores del Sistema Nacional de Salud, los decisores políticos en salud y los agentes de la medicina tradicional o ancestral con enfoque de género.

3 Incorporar conocimientos tradicionales o ancestrales locales en la formación y capacitación del personal de la salud en las regiones, propiciando la articulación con las mujeres y los hombres agentes de la medicina tradicional o ancestral y reconociendo el aporte de las mujeres parteras, curanderas, chamanas, planteras y mujeres con conocimientos de medicina ancestral.

4 Establecer mecanismos de incentivos y estímulos según disponibilidad para el personal que obtenga capacitación en salud intercultural con enfoque de género, desarrolle intervenciones o preste servicios a

¹⁴ http://www.who.int/social_determinants/es/

