

ARTÍCULO ORIGINAL

NEOLIBERALISMO, SALUD Y PUEBLOS INDÍGENAS EN EL PERÚ: UN ANÁLISIS DE CONTENIDO DE LA POLÍTICA SECTORIAL DE SALUD INTERCULTURAL (PSSI)

NEOLIBERALISM, HEALTH, AND INDIGENOUS PEOPLES IN PERU: A CONTENT
ANALYSIS OF THE INTERCULTURAL HEALTH SECTOR POLICY (PSSI)

 **Marycielo Sharon Hidalgo Lazo¹**

Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann
<https://orcid.org/0009-0007-9373-4941>

Recibido: 06/11/2023

Aceptado: 21/12/2022

Publicado online: 29/12/2023

RESUMEN

Este artículo ofrece un análisis de contenido de la Política Sectorial de Salud Intercultural (SPPI) aprobada en 2016, considerada la herramienta más relevante en salud intercultural en el Perú actualmente. Se examina esta política en el marco del multiculturalismo neoliberal, el cual, si bien reconoce las diversidades culturales, lo hace dentro de los límites de la dominación de la diversidad. Esta perspectiva teórico-política resalta el énfasis excesivo en la diferencia cultural en detrimento de otros aspectos como las estructuras sociales que condicionan la salud de los pueblos indígenas en el Perú. Finalmente, se exponen los resultados que revelan los lineamientos ideológicos que estructuran la política, resaltando su ahistoricidad, la visión biomédica dominante y su concepción imaginaria de horizontalidad en un contexto de relaciones de poder.

Palabras clave: Políticas públicas de salud, multiculturalismo neoliberal, hegemonía/ subalternidad; interculturalidad

ABSTRACT

This article provides a content analysis of the Sectoral Policy for Intercultural Health (SPPI) approved in 2016, considered the most relevant tool in intercultural health in present-day Peru. It examines this policy as an act of recognition situated within the framework of neoliberal multiculturalism, which, while acknowledging cultural diversities, does so within the confines of dominance over diversity. This theoretical-political perspective emphasizes an excessive focus on cultural difference at the expense of other aspects, such as social structures conditioning the health of indigenous peoples in Peru. Finally, the results are presented, revealing the ideological guidelines that shape the policy, highlighting its lack of historical context, the dominance of the biomedical view, and its imaginary conception of horizontality within a context of power relations.

Keywords: Public Health Policies, Neoliberal Multiculturalism, Hegemony/Subalternity; Interculturality

¹ Bachiller en Historia por la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de Tacna. Miembro del Semillero de Investigación Historia y Geopolítica de los Movimientos Sociales en el Sur Andino y del Grupo de Investigación Interdisciplinaria en Gestión de la Calidad. mhidalgolazo@gmail.com



INTRODUCCIÓN

En el contexto peruano, la noción de "Pueblos Indígenas" es compleja y se define tanto por estándares internacionales como por políticas estatales. A pesar de su resiliencia, estos grupos enfrentan vulnerabilidad y marginación, porque son objeto de inequidades y altos índices de pobreza, ello ha impulsado la necesidad de políticas interculturales. En el campo de la salud se promulgó la Política Sectorial de Salud Intercultural (PSSI), sin embargo, hasta la actualidad la implementación de esta política aún es incipiente según informes de supervisión de la Defensoría del Pueblo. Además de que las ideas atribuidas a este sector reflejan la persistencia gubernamental de situar el problema de su integración al sistema de salud solo al campo de las diferencias culturales y el vago recuento histórico de su integración forzada en una sociedad mayoritaria.

Esta política se enmarca en un contexto de multiculturalismo neoliberal que reconoce la diversidad cultural, pero dentro de límites que omiten o justifican situaciones de desigualdad. Los resultados nos evidencian las limitaciones ideológicas inherentes al enfoque de reconocimiento en el contexto del multiculturalismo neoliberal. Este enfoque busca proteger la identidad cultural y minorías étnicas, pero opera dentro de restricciones que refuerzan la imagen del "indio permitido", centrando su atención en la diferencia cultural y evitando abordar la desigualdad como una estructura sistémica.

En definitiva, la Política Sectorial de Salud Intercultural en Perú (PSSI) se ajusta a este marco multicultural en un contexto neoliberal al intentar regular la atención intercultural. Aunque reconoce la importancia de las prácticas locales, su inclusión está subordinada a las reglas de la medicina convencional, lo que refleja la falta de programas de salud efectivos para las comunidades indígenas. Esta visión limitada impide abordar las raíces profundas de la inequidad en la salud, ya que se enfoca más en aspectos superficiales como el acceso y la atención médica, omitiendo problemas estructurales más profundos.

El neoliberalismo

El neoliberalismo surge como propuesta económica política a finales de la Segunda Guerra Mundial, esta fue una *"reacción teórica y política vehemente contra el estado intervencionista y de Bienestar"* (Anderson, 2003, p. 11) que, según Hayek, su principal promotor ideológico, significaba una ofensiva a la libertad económica y política en Europa. Para 1947 Friedrich Hayek, junto a sus aliados ideológicos fundó la Sociedad de Mont Pélerin, una plataforma intelectual e ideológica cuyo objetivo era formular y desarrollar un nuevo tipo de capitalismo como alternativa al keynesianismo europeo dominante.

No cabe duda que el neoliberalismo empezó a tener mayor acogida cuando el desarrollo del capitalismo se detuvo y entro en recesión en 1973. Las razones de esta crisis, según la Sociedad de Mont Pélerin, fueron la intervención parasitaria y desmedida de los sindicatos y en general el movimiento obrero sobre el estado. Por tanto, la solución a este problema radicaba en el fortalecimiento del Estado en un aspecto, su poder coercitivo para desarticular a los sindicatos, pero *"limitado en lo referido a los gastos sociales y a las intervenciones económicas. La estabilidad monetaria debería ser la meta suprema de cualquier gobierno"* (Anderson, 2003, p. 11). Su aplicación fue progresiva, no fue luego de casi una década que el programa neoliberal empezó a emplearse a partir de 1979, el primer régimen que llevó a cabo este programa en Europa fue el gobierno de Margaret Thatcher en Inglaterra. Le siguió Reagan en Estados Unidos hasta que, en 1978, la Guerra Fría hizo que el programa neoliberal se posicionara como el programa anticomunista más intransigente en la historia del capitalismo. La aplicación del programa neoliberal tenía ciertas características, —aunque cada país tenía matices— entre ellas, las privatizaciones, mayores tasas de interés, incremento de desempleo y una política anti sindical.

Para entender más sobre las características del neoliberalismo, Puello- Socarrás (2015) nos señala que el neoliberalismo es el capitalismo hoy por hoy realmente existente. Este *"se caracteriza por la globalización de los mercados y niveles de explotación económica, dominación política, opresión social y alienación ideológica que ello supone, ilustran las dimensiones: espacial, temporal y social del*

neoliberalismo como fase superior del capitalismo" (ibidem, 2015, p. 22). Para el autor es vital entender que el neoliberalismo es un proyecto económico-político transnacional por lo que se redimensiona a sí mismo constantemente para adaptarse a las nuevas situaciones en un contexto de globalización.

En el caso de América Latina, la dictadura de Pinochet en Chile, fue el primer ensayo neoliberal en la historia contemporánea. Este gobierno se caracterizó por la supresión de la democracia y el establecimiento de una brutal dictadura que se inspiró en los postulados de Milton Friedman y fue fuertemente influenciado —y agenciado— por la presencia de asesores estadounidenses llamados *Chicago's Boys*. Este patrón de inserción del modelo fue similar en muchos países de América Latina, de modo que, el neoliberalismo fue aplicado por una ola de gobiernos dictatoriales y de derecha, sin embargo, tuvo variantes de corte progresista.

Esta derechización inició con la llegada de los gobiernos de Salinas en México, Carlos Menem en Argentina, Andrés Pérez en Venezuela y Alberto Fujimori en Perú, contradictoriamente, ninguno se proclamó abiertamente neoliberal hasta antes de llegar al gobierno. Tres, de las cuatro experiencias, tuvieron en común la privatización de las economías, el crecimiento de desempleo, la militarización de sus gobiernos y prácticas antidemocráticas. En definitiva, el análisis del programa neoliberal en América Latina revela un paradigma dual y complejo en toda su diversidad. Aunque su impacto económico no cumplió la promesa de impulsar el avance capitalista, generando en su lugar sociedades más polarizadas, su triunfo ideológico y político resulta innegable. Perry Anderson destaca cómo este proyecto se ha arraigado profundamente en la percepción colectiva, perpetuando la noción de que no existen alternativas viables a sus principios. Este contraste entre su fracaso económico y su éxito en moldear el pensamiento y la dirección política es fundamental para comprender el impacto duradero del neoliberalismo en la región.

Neoliberalismo en el Perú

En cuanto al Perú, diversos autores concluyen que la llegada de Alberto Fujimori al gobierno en 1990 dio inicio al neoliberalismo en el Perú (Jiménez, 2001). Este nuevo periodo en la historia tiene como contexto latinoamericano la aplicación del programa neoliberal en distintos países y la implementación del Consenso de Washington. En el caso peruano, este paquete de reformas radicales fue popularmente conocido como "fujishock", este incluía medidas para reducir la inflación, entre ellas, la *"reducción del déficit público, tarifas de los servicios del Estado que reflejasen los costos reales y privatización de las empresas públicas. A este paquete medidas se le llamaría el "ajuste estructural"* (Contreras & Cueto, 2013, p. 387). Por lo que, en esta primera etapa, el programa neoliberal en Perú buscó regresar a un modelo de explotación primaria y de servicios, dejando de lado el rol estatal en la regulación del mercado. Como consecuencia, desde 1993 a 1997 los sectores que más crecieron fueron *"la construcción (106,2 %), el comercio (48,2 %) y la minería metálica (48,5 %) (...). La recuperación del sector minería desde 1993 es notable. Ocurre después de siete años de consecutivas disminuciones en los niveles de su producción. En pesca se registran las tasas de crecimiento más altas durante 1993-1994 (56,0 %)"* (Jiménez F., 2001, p. 147), paralelamente se hacía una reforma tributaria con el objetivo de recaudar más impuestos y reducir el gasto que hacía el estado en programas sociales para después segmentar el acceso solo a población vulnerable, esta fórmula se aplicó en sectores como la salud, la educación y universidades.

El 5 de abril de 1992, Fujimori ejecutó un "golpe de Estado interno", clausurando o interviniendo el Congreso, el Poder Judicial y gobiernos regionales, y deteniendo a breves periodistas opositores. Fujimori justificó esta acción en televisión, alegando la disolución del Congreso y la reforma del Poder Judicial para combatir el terrorismo con mayor efectividad. A pesar de algunas protestas y el intento simbólico de instaurar a un nuevo presidente, respaldado por parlamentarios destituidos, la mayoría de la población apoyó la acción de Fujimori. La presión internacional condujo al régimen a organizar elecciones para un Congreso Constituyente, donde los representantes gubernamentales obtuvieron mayoría y redactaron la Constitución de 1993, *"esta representó*

consagración jurídica del nuevo proyecto político (y es la norma legal fundamental del país hasta el día de hoy)" (Contreras & Cueto, 2013, p. 397).

En adelante, los planes del gobierno se enfocaron en consolidar un período de éxito del proyecto neoliberal en Perú durante esos años. Sin embargo, estas medidas no duraron para siempre, la caída del régimen fujimorista, se dio el año 2000, las elecciones en Perú y el intento de tercer mandato de Fujimori llevaron a una crisis política. A pesar de las restricciones constitucionales, se buscó otra reelección, lo que desencadenó protestas y la revelación de corrupción en el gobierno. Ante esto, dio una renuncia por fax desde el extranjero y fue destituido, dejando un vacío de poder que fue ocupado por Valentín Paniagua, generando una situación de inestabilidad política en el país. Después de la era de Fujimori, nuevos líderes como Alejandro Toledo y Alan García tomaron el mando, dando un giro al proyecto económico iniciado en los noventa. Aunque hubo ciertos gestos hacia la inclusión de sectores de izquierda en el gobierno, la corrupción se volvió menos prioritaria y el compromiso inicial de transformar el modelo económico no se concretó en cambios significativos durante su mandato. A partir de todo lo mencionado anteriormente podemos decir que, en el Perú, la llegada de Alberto Fujimori en 1990 marcó la implementación del neoliberalismo, aunque esto exacerbó las desigualdades y la pobreza, especialmente en los pueblos indígenas.

Pueblos indígenas en el Perú

En cuanto a la situación de los pueblos indígenas en el Perú en el contexto neoliberal es importante esclarecer el concepto de "Pueblos Indígenas", este surgió y se extendió en gran medida a partir de la segunda mitad del siglo XX como respuesta a los esfuerzos de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y la Organización Internacional del Trabajo (OIT) por proteger los derechos de los grupos históricamente excluidos. A pesar de su divulgación, la definición y significado de este término aún son difusos. El Convenio 169 de la OIT, fue un paso importante en este ámbito, aunque no logró establecer una definición precisa de "Pueblos indígenas", señaló ciertos aspectos fundamentales que incluyen: diferencias culturales presentes, los desequilibrios de poder, las vulnerabilidades frente a las sociedades excluyentes, el apego a instituciones sociales y políticas tradicionales, y el rol fundamental que desempeña el territorio y actividades económicas propias de estos grupos.

Es necesario mencionar que los avances y reconocimiento de los pueblos indígenas en un contexto neoliberal, según Salas (2022), comprende implicancias del discurso neoliberal sobre el reconocimiento de pueblos indígenas que son complejas, sin embargo, argumenta que *"el rol instrumental en el reconocimiento de dichos derechos es el articulador de las políticas de reconocimiento desde el neoliberalismo a la peruana"* (p. 56), esto significa que el reconocimiento de estos derechos estará condicionado en tanto ayuden a mejorar las relaciones de económicas y de administración de los pueblos indígenas.

En el Perú, el neoliberalismo está estrechamente vinculado entre la estructura política y el ciclo económico, esto genera la constante contradicción entre la salvaguarda de derechos o la recuperación en términos de productividad durante momentos inevitables de desaceleración económica, poniendo este último como el más importante. Esto sucede porque la protección de derechos es importante ante la necesidad de reactivación económica de una nación enfocada en la exportación de materias primas, como ocurre en el Perú, ello implica estimular las inversiones en sectores extractivos y fragmentar la posesión de la tierra para su utilización.

Durante el gobierno de Alberto Fujimori, se desarrollaron acciones para reconocer a las comunidades indígenas, principalmente con enfoque en programas de ayuda alimentaria, proyectos de infraestructura y otorgamiento de títulos de propiedad. A pesar de la creación de la Secretaría Técnica de Asuntos Indígenas (Setai), existió una discrepancia entre lo prometido y lo ejecutado en los gobiernos de Fujimori. En ese lapso, se consolidó un marco legal que protegía los intereses privados, respaldado por la Constitución de 1993, lo que facilitó la aprobación de grandes proyectos mineros y concesiones de combustible, desviándose de los acuerdos del convenio. A pesar de que la nueva Constitución mencionaba la diversidad étnica y cultural, no reconocía adecuadamente la categoría de "pueblos indígenas", definiendo términos como "comunidades campesinas" y "comunidades nativas", lo que afectó en gran medida su derecho a la autodeterminación.

Por otro lado, en el Perú existen 55 pueblos indígenas, de los cuales 51 se encuentran en la Amazonía y 4 en la región andina (Aprueban la Política Sectorial de Salud Intercultural, 2016). Según resultados del último Censo Nacional de Población del año 2017, cerca de 6 millones de personas respondieron que se auto identificaban como quechuas, aimaras o miembros del algún grupo indígena amazónico. Es decir, la población indígena en el Perú podría significar entre un 12 a 18% del total nacional. (Hospina, 2019). A pesar de este importante porcentaje, diversos grupos étnicos que integran la realidad nacional son sujetos de inequidades y generalmente con altos indicadores de pobreza.

Por ello, actores diversos, como la Organización Panamericana de la Salud, el Ministerio de Salud del Perú y las organizaciones indígenas, empezaron a evidenciar la necesidad incorporar el enfoque intercultural en las políticas sanitarias para disminuir las notables brechas en indicadores de salud entre los pueblos indígenas y el resto del país. Es así que, desde septiembre 1990, se crea el Instituto Nacional de Medicina Tradicional - INMETRA, como un Organismo Público Descentralizado del Ministerio de Salud; ahora llamado Centro Nacional de Salud Intercultural CENSI, con el cual, recién luego 14 años de su creación se estableció una Política Sectorial de Salud Intercultural (PSSI) aprobada mediante Decreto Supremo N° 016-2016-SA, *esta fue la primera política pública en materia intercultural en el Perú* (Rojas, 2020, p. 16), cuya finalidad fue la inclusión e igualdad de oportunidades de la salud en los pueblos indígenas. Sin embargo, como lo muestran los informes de supervisión de la Defensoría del Pueblo (2008; 2015), la implementación de la interculturalidad en los servicios de salud estatales del Perú es aún incipiente. Este vacío contribuye a la vulnerabilidad en salud de las poblaciones indígenas, la que es afectada por diversas formas de discriminación cultural, inequidades sociales y exclusión política (Portugal, 2016).

Para el desarrollo de este artículo, posicionamos el Política Sectorial de Salud Intercultural (PSSI) como una política de reconocimiento situada en el multiculturalismo neoliberal. Desde una perspectiva gubernamental, el enfoque del multiculturalismo dentro del marco neoliberal reconoce las diversidades culturales, pero dentro de los límites de una gestión de la diferencia o el dominio de la diversidad. Desde esta mirada teórico-político que contiene una concepción de excesivo énfasis en la diferencia cultural en desmedro de otros ejes como la clase social, llegando a justificar las situaciones de desigualdad u omitiéndolas. (García & Villavicencio-Miranda, 2016). Así mismo recomienda un conjunto de políticas públicas para abordar esta diversidad y cómo insertarlas en un sistema de dominación. *“Las políticas que emanan de dicho multiculturalismo pueden ser caracterizadas por medio de tres rasgos principales: se presentan como políticas de reconocimiento; invisibilizan el problema de la producción neoliberal de la desigualdad; e incentivan la participación de la sociedad civil”* (Piñones, Mansilla & Arancibia, 2016, p. 753).

Para ello, utilizaremos la sistematización realizada por Piñones, Mansilla & Arancibia (2017); con el objetivo de evidenciar los elementos ideológicos presentes en el PSSI.

- 1) Las políticas de reconocimiento dentro del contexto del multiculturalismo neoliberal muestran una perspectiva restringida en cuanto a la manera en que abordan el reconocimiento por lo que se plantea que este “pretende realzar la importancia de la identidad cultural protegiendo a las minorías nacionales y étnicas, pero garantizando la vigencia de ciertos principios liberales básicos” (García & Villavicencio-Miranda, 2016, p. 19), para ello el estado debe de adquirir políticas públicas que aseguren a los miembros de los diversos grupos étnicos promoviendo sus identidades pero rechazando las culturas que busquen la coerción de las mismas, *“es así que el multiculturalismo neoliberal no sólo reconoce, sino que reconstituye a su imagen las reivindicaciones, creando una escisión entre aquellas legitimadas (lo que se ha denominado el “indio permitido”), y otras penalizadas”* (Piñones, Mansilla & Arancibia, 2017, p. 753).
- 2) El planteamiento del multiculturalismo neoliberal se enfoca en la diferencia cultural, limitándola a un ámbito independiente de su contexto histórico, evitando así confrontar la desigualdad como una estructura jerárquica y estratificada en las diferencias entre grupos. Esta perspectiva pasa por alto los problemas fundamentales de carácter político y económico que impactan a las minorías étnicas. Por lo que el énfasis en el reconocimiento desvía la atención de la desigualdad derivada directamente del sistema

neoliberal, excluyendo cualquier debate sobre la redistribución, cuya mención misma resalta la disparidad y promueve relaciones más equitativas.

- 3) La tercera característica implica estimular la participación, aunque esta se halla condicionada, ya que aparenta involucrarse en la creación de políticas públicas, pero en realidad se integra a una agenda predefinida. Esto se evidencia en una sección de la política pública relacionada con la comisión encargada de diseñar la política, donde se percibe una participación "regulada", con el propósito de limitar la movilización social al canalizar su potencial disruptivo y responsabilizar a los individuos de adaptarse al mercado, promoviendo la autogestión y ejerciendo un tipo de "control mediante la participación".

En conclusión, el complejo entramado entre el reconocimiento nominal y las condiciones reales de los pueblos indígenas en el escenario peruano bajo el enfoque neoliberal, se vislumbra una persistente vulnerabilidad a pesar de los esfuerzos internacionales y la diversidad cultural existente. El enfoque multiculturalista, enmarcado en el paradigma neoliberal, reconoce las diferencias culturales, pero dentro de límites que perpetúan la desigualdad. Las políticas de reconocimiento, al no abordar las raíces profundas de esta desigualdad, relegan la auténtica igualdad a un segundo plano. Aunque se han implementado iniciativas interculturales, su aplicación efectiva se ve desafiada, como se refleja en los informes de supervisión.

METODOLOGÍA Y MATERIALES

La metodología usada para la revisión crítica de la política sectorial de la salud en Perú será el Análisis de Contenido, este se sitúa como una técnica de análisis de comunicaciones "... *no se trata de un instrumento, sino de un abanico de útiles; o más exactamente de un solo útil, pero caracterizado por una gran disparidad de formas y adaptable a un campo de aplicación muy extenso: las comunicaciones*" (Bardin, 2002, p. 23). El ámbito de aplicación del análisis de contenido es amplio, abarcando cualquier espacio de comunicación y la transmisión de signos con significado. Es preciso señalar que el análisis de contenido no se limita al contenido en sí, sino que también contempla el contexto en el que se manifiesta. Este trasciende la mera descripción y busca capturar la esencia de los significados a través de la perspectiva proporcionada por disciplinas como la psicología, la sociología, la historia o la antropología.

Este método permite lograr sortear la incertidumbre presente en el investigador debido a la constante proyección de su propia subjetividad en el análisis y mejora la lectura realizada, esto se logra descubriendo elementos de contenido y estructuras que confirmen o refuten lo que se intenta demostrar acerca de los mensajes, o al actualizar significados que podrían conducir a la descripción de procesos previamente no comprendidos. Para Bardin (2002) en análisis de contenido cumple dos funciones: *la función heurística* ya que potencia la exploración y la tendencia al descubrimiento, permitiendo una visión más amplia y profunda de los contenidos analizados y *la función de "prueba"* porque utiliza hipótesis en forma de preguntas o afirmaciones provisionales que, como guías, son sometidas al método de análisis para su validación o rechazo. Aquí, el análisis de contenido se despliega como un instrumento para validar la hipótesis planteada.

Entonces, el análisis de contenido es un proceso ampliamente exploratorio y simultáneamente controlado por una guía científica y sistemática por lo que parte "*de un conjunto de técnicas parciales pero complementarias, consiste en explicitar y sistematizar el contenido de los mensajes y la expresión de ese contenido con ayuda de indicios cuantificables o no. Todo aquello con el objetivo de efectuar deducciones lógicas y justificadas concernientes a la fuente (emisor y su contexto) –o eventualmente los efectos. De los mensajes tomados en consideración (...) puede utilizar una o varias que sean complementarias para enriquecer resultados o aumentar su validez (...)*" (ibidem, p. 32).

El análisis de contenido de la Política, utiliza como material complementario documentos oficiales que forman parte de la implementación de la Política Sectorial de Salud Intercultural PSSI : Antecedentes legales (Serkovie, 2002), Informes técnicos de diálogo, (Informe Técnico Taller Nacional: Etapa Diálogo , Política Sectorial de Salud Intercultural , 2014) , (Enfoque de Derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad en Salud, Marco Conceptual, 2006) planes (Plan General de la

Estrategia Sanitaria Nacional Salud de los Pueblos indígenas, 2009) y experiencias a nivel nacional y regional (Portugal, Yon, & Vargas, 2016). Además, este análisis busca comprender la lógica argumentativa que estructura la Política desde su creación hasta el año 2020: qué entiende por el proceso salud/ enfermedad/ atención, cuáles son sus objetivos, cuáles son sus resultados y qué directrices ideológicas contiene en su diseño. Desde la perspectiva teórica multidisciplinaria de la Historia Crítica y la Antropología Médica Crítica, entendemos las políticas públicas como producciones ideológicas, por lo que contextualizaremos la política en la puesta gubernamental peruana del multiculturalismo neoliberal e interpellaremos el tratamiento dado al problema de hegemonía / subalternidad.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El mecanismo de materialización de la política ha sido sustentado a través del Centro Nacional de Salud Intercultural del Instituto nacional de Salud (CENSI) como ente gubernamental para establecer una Política Sectorial de Salud Intercultural (PSS) en el ámbito nacional para garantizar la salud como un derecho humano (Aprueban la Política Sectorial de Salud Intercultural, 2016). El multiculturalismo neoliberal constituye el marco económico-político en la cual esta formulada la política. Esta *“tiene como objeto regular acciones de salud intercultural en el ámbito nacional, a de lograr la atención de salud como derecho humano (...)”* (Ibidem, 2016). Los 4 ejes fundamentales respecto a la política son: (1) Garantizar el derecho a la salud desde el enfoque intercultural, (2) fomentar la medicina tradicional o ancestral y su articulación con la medicina convencional, (3) fortalecer capacidades y habilidades de los recursos humanos en salud intercultural y (4) fortalecer la identidad cultural y la participación de los pueblos en los servicios de salud.

El multiculturalismo neoliberal

Para concebir la Política es preciso ubicarla en su marco económico - político determinado. Como señalamos anteriormente, a partir la llegada del gobierno de Alberto Fujimori en agosto de 1990 se inició la aplicación del programa neoliberal del Consenso de Washington (Jiménez, 2001) desde entonces, la relación del Estado Peruano con los Pueblos Originarios se ha formado a través de políticas de reconocimiento económico que no implica necesariamente reconocimiento político ni identitario desde el neoliberalismo (Salas, 2022), este conjunto de políticas se han situado desde el Multiculturalismo Neoliberal, como lo observamos en el siguiente fragmento de la Política Sectorial de Salud Intercultural:

Los cambios políticos y sociales ocurridos durante las últimas décadas en los países de la Región, han generado la necesidad de establecer nuevas relaciones entre el Estado y la sociedad civil que promuevan la participación la participación de las poblaciones más vulnerables (...) a través del diálogo horizontal, la interculturalidad aspira entre otros objetivos, al reconocimiento y valoración de conocimientos y prácticas de salud locales (...) (Aprueban la Política Sectorial de Salud Intercultural, 2016, p. 4).

El planteamiento gubernamental dentro del multiculturalismo neoliberal, esta mirada teórico-político contiene una concepción de excesivo énfasis en la diferencia cultural en desmedro de otros ejes como la clase social, llegando a justificar las situaciones de desigualdad u omitiéndolas. Así mismo, propone un conjunto de políticas públicas para entender la diversidad y cómo insertar estas diferencias en un sistema de dominación.

La ahistoricidad del proceso salud/enfermedad/atención en el PSSI

Para definir el proceso salud/ enfermedad/ atención es importante entender que el hombre, *“no es solo un ser biológico, sino simultáneamente es una estructura mental y un tejido social* (Alarcón, 2017, p. 28). Por lo cual adquiere una historicidad sujeta a la alteración de la vida social, *“es decir, el modo de producción, la estructura social y la organización político-jurídica, los cuales determinan condiciones sociales de vida”* (ibidem, 2017). Según Menéndez, *“los padecimientos como las respuestas hacia los mismos constituyen procesos estructurales en todo sistema y en todo conjunto social (...)”* (Menéndez, 1994, p. 71). Entonces podemos afirmar que el proceso de s/ e / a, es una de

las áreas en donde se genera la mayor cantidad de representaciones y prácticas que estructuran la vida social.

Al tener un carácter culturalista, la Política del PSSI centraliza su ejecución en la revaloración de la diferencia cultural de las comunidades dentro de un Estado-Nación, sin embargo, esto no se hace desde una mirada histórico-social de cómo se constituyeron estas, es "*como si las minorías siempre hubieran estado ahí y no fueran cambiantes y parte de un proceso histórico más amplio y complejo*" (García & Villavicencio-Miranda, 2016). Por ello al mencionar a Perú y Latinoamérica es primordial dialogar sobre un transcurso histórico de relaciones de hegemonía/ subalternidad y la reproducción del proceso de s/ e /a, que, debido a situaciones de desigualdad social, colonialidad y traumas históricos suponen no sólo relaciones de explotación económica, sino en termino ideológicos-culturales (Menéndez, 1994).

De acuerdo a los objetivos, el PSSI busca la reducción de las inequidades en la salud considerando la cosmovisión propia y las innovaciones culturales de los Pueblos Originarios, *andinos y amazónicos y de la población afroperuana*. En esa línea general, los conceptos abordados en la Política como interculturalidad, enfoque de género, agentes de medicina ancestral, calidad de atención intercultural, son utilizados con una orientación ya definida y que responde a una mirada multiculturalista neoliberal y ahistórica. En consecuencia, como exponíamos, el PSSI termina siendo un instrumento desde donde se establecen racionalidades coherentes la visión predeterminada del multiculturalismo neoliberal.

Estas racionalidades que la estructuran las expondremos a continuación en base a el esquema realizado por Piñones, Mansilla & Arancibia, 2017:

1. La base ideológica desde la cual se aborda la cuestión de la desigualdad en la atención sanitaria de los Pueblos Originarios es el enfoque del individualismo biomédico. Este representa la ideología médica dominante fuertemente vinculada al liberalismo de mercado. Con esta perspectiva occidental, históricamente predominante en los sistemas de salud, "*se genera la imposición de nuevos elementos sobre aquellos que tenían sentido y significado para los dominados, se logra el control y subordinación de los colonizados*" (Morales-Hernández, 2015, p. 700). Estos elementos son articulados con los saberes de los Pueblos Originarios desde la *diferencia cultural*. Por esta razón estas diferencias pasan a ser objetivo de la política *dejando en segundo plano la producción sociocultural y económico-política de la enfermedad* (Piñones, Mansilla &, 2017, p. 754), invisibilizando el sufrimiento estructural producto de las condiciones sociales.
2. Otro aspecto es el reconocimiento que realiza el PSSI entre el problema de la inequidad *en salud* y la inequidad de *atención*. En consecuencia, deja de lado procesos previos que podrían estar influyendo en la desigualdad en la salud de los Pueblos Originarios. Entre ellos, acontecimientos como la disputa de territorios, histórica y legalmente dados a las comunidades indígenas, con empresas mineras que pretenden desalojarlos; un caso paradigmático y la lamentable fue el conflicto social conocido como el "Baguazo", ocurrido el 05 de julio del 2009 y que duró alrededor de 5 años (2006 - 2011), este se desencadenó en un enfrentamiento, los manifestantes, principalmente indígenas amazónicos, protestaban contra decretos legislativos emitidos por el gobierno peruano en relación con la explotación de recursos naturales en la región amazónica, debido a la promoción de políticas de inversiones como parte de la ejecución del Tratado de Libre Comercio (TLC) con Estados Unidos, el conflicto escaló y se registraron pérdidas de vida. Como veremos en los siguientes párrafos se trata una lógica simplista que solo se centra en el proceso final de la salud, la atención:

sustentado a través del Centro Nacional de Salud Intercultural del Instituto Nacional de Salud, la necesidad de establecer una Política 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 (Aprueban la Política Sectorial de Salud Intercultural, 2016, p.5).

Por ende, es importante precisar que el alcance de la política es altamente limitado y que excluye acciones en el nivel socioeconómico, ambiental y político. Por ejemplo, en el informe final del Proyecto de Salud Indígena donde se hace una evaluación crítica de las intervenciones se visibilizan estos problemas estructurales, *nuestros estudios muestran los límites de mecanismos de inclusión redistributivos en salud, como es la afiliación al Sistema Integral de Salud (SIS), en tanto no se aborden simultáneamente otras formas de exclusión que dificultan esta afiliación (...). En el estudio que realizamos (Chávez et. al 2015), se muestra que parte de la población indígena de Amazonas entrevistada no logra afiliarse (Al SIS) debido a la dificultad que aún tienen para acceder al documento nacional de identidad (Yon, Salas, & Portugal, 2017)*. Por lo tanto, la inequidad en la salud es abordada solo desde una pequeña parte de lo que constituye todo un proceso social.

- 3) El tercer elemento, es que el problema, ya fragmentado de la *atención* de la salud, es nuevamente segmentado como un problema de *acceso a la atención*, eludiendo la discusión de la estructura de la atención de salud para que prevalezca el derecho a la salud en un marco neoliberal. *En el caso de los Pueblos Originarios, el socioculturalismo viene a apoyar la conceptualización de la brecha de acceso como resultado de barreras culturales (Piñones, Mansilla & Arancibia, 2017, p. 756)*. Aquí se tiene como premisa que la falta de programas de atención de salud, la poca capacidad del personal sobre otras culturas, la discriminación, entre otros, son elementos determinantes que dificultan el acceso a la atención, la política (PSSI) resalta estas barreras culturales como el mayor problema de salud en los pueblos indígenas y su principal objetivo:

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” (Aprueban la Política Sectorial de Salud Intercultural, 2016, p. 6).

Estos elementos conceptuales articulados en la política tienen un valor significativo, pero no abarca la todo la amplitud que implica el problema de inequidad en los Pueblos Originarios. Es decir, con un marco socioculturalista todas las iniciativas del PSSI están orientadas a reducir la inequidad en salud mediante acciones centradas hacia la disminución de esas barreras culturales.

Interculturalidad voluntaria

En la estructura de la política, el enfoque sociocultural que hemos estado examinando incorpora uno de sus elementos principales y que atraviesa toda la propuesta: la interculturalidad. La interculturalidad dentro del enfoque sociocultural se manifiesta especialmente a través de tres aspectos distintos:

- 1) Pertinencia cultural: implica ajustar las intervenciones de cuidado a las particularidades culturales de los pacientes y comunidades. En el sector de la salud, suele materializarse a través de programas de formación destinados a concientizar al personal médico sobre las diferencias culturales de quienes son atendidos. Además, enfatiza la construcción de políticas en base al diálogo para reconocer e insertar las diferencias culturales.

Así lo comprueba uno de los Objetivos de la Política:

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 (Aprueban la Política Sectorial de Salud Intercultural, 2016, p. 9).

- 2) Reconocimiento: se refiere a la aceptación por parte de la política gubernamental de la diversidad en términos de saberes y métodos de atención médica. Se emplea principalmente para hacer alusión a los "sistemas tradicionales de salud" o a los practicantes de la medicina tradicional. En virtud de acuerdos internacionales, esta noción se amplía para expresar la intención de proteger y potenciar dichos sistemas y prácticas.

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 (...) (Aprueban la Política Sectorial de Salud Intercultural, 2016, p. 10).

- 3) Complementariedad: supone la exigencia de trabajar con los “agentes de medicina indígena” para los fines de la atención de salud, de hecho, el eje de la Política 2, *es fomentar la medicina tradicional o ancestral y su articulación con la medicina convencional* (Aprueban la Política Sectorial de Salud Intercultural, 2016, p. 10), además, implica el reconocimiento de la voluntad del personal para capacitarse, eje 3 de la política:

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 (Aprueban la Política Sectorial de Salud Intercultural, 2016, p. 11).

Dado que el análisis y los principios de la política y del PSSI son conceptualizados desde esta *matriz ideológica socioculturalista*, las respuestas a la inequidad redundan en un cierto voluntarismo que queda expresado, ante ello:

si bien existe la necesidad de implementar más establecimientos de salud, 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 (...). (Aprueban la Política Sectorial de Salud Intercultural, 2016, p. 10).

Sobre todo, lo mencionado anteriormente podemos decir que, la implementación de estas políticas demanda un voluntarismo activo por parte de las autoridades sanitarias y la sociedad en general, incluyendo tanto la apertura a la formación del personal médico en estos conocimientos como la colaboración efectiva con los agentes de medicina tradicional. Este enfoque revela que, habiendo analizado el carácter socioculturalista de la política y el voluntarismo, la política muestra su interés en poder solucionar las barreras culturales y apela al personal de salud para que se capacite para superar estas limitantes culturales, sin dejar entrever que la mayor dificultad de las comunidades indígenas es las relaciones de poder existentes entre los saberes médicos dominantes y los considerados como tradicionales, además del carácter burocrático del aparato estatal.

El imaginario de horizontalidad

La pertinencia, el reconocimiento y la complementariedad, elementos de la interculturalidad socioculturalista nos permite identificar que, la Política Sectorial de Salud Intercultural (PSSI), invisibiliza la jerarquización étnica/política/ económica presente en la construcción histórica de las relaciones entre el aparato estatal y los pueblos indígenas. Más allá del llamado colaborativo entre agentes biomédicos y tradicionales no se nombra y si se lo hace, es desde una mirada que se restringe solo al acceso de la salud, las relaciones de poder existente. En lo que respecta a la definición de los saberes médicos es importante situarlos como producciones estructuradas de representaciones y prácticas referidos al proceso salud/enfermedad/atención, son producciones de los conjuntos sociales, lo que implica que no se reducen a aquellos saberes producidos por los actores especializados (curadores, especialistas, profesionales de la salud, etc.). Ahora bien, es importante cuestionar el contexto socio-histórico desde dónde se producen estas relaciones desiguales de saberes médicos, dado que, la perspectiva occidental, históricamente predominante en los sistemas de salud, esta subordinación es reforzada en los sistemas de salud pública invisibilizan el reconocimiento de las capacidades que radican en los sistemas de salud comunitarios donde se dónde se produce-reproduce la salud y la vida, si no también se ha negado la asimetría de poder existente y los condicionantes estructurantes del proceso de salud/ enfermedad/ atención.

No exageramos al afirmar que, *“en el Perú, ser indígena usualmente equivale a ser pobre [...] por ello, no debe extrañar que los pueblos indígenas sean los más perjudicados de la sociedad a causas*

de las epidemias y otras emergencias sanitarias, tales como el COVID-19" (Rojas, 2020, p. 12). En consecuencia, esta relación entre saberes médicos "tradicionales" y biomédicos "se construye un imaginario ideológico normativo, un deber ser para la interculturalidad en que las relaciones deben estar por el respeto [...]" (Piñones, Mansilla & Arancibia, 2017, p. 758), esta novelesca horizontalidad solo se reduce a espacios propiciados para "complementar" saberes médicos, más no en vínculos entre directos entre el estado y los pueblos indígenas para evitar la discusión acerca de la construcción histórica entre ambos.

A través del diálogo 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 sistemas de salud convencionales (...) (Aprueban la Política Sectorial de Salud Intercultural, 2016, p. 3).

Esta negación de las relaciones de poder hace que la política y el PSSI, atribuya los determinantes de la salud de los pueblos indígenas a la falta de financiamiento, la poca importancia que se dan a los programas de atención y finalmente a la falta de capacidad del personal, para luego mencionar como elementos mucho menos relevantes la discriminación, el analfabetismo, la contaminación ambiental y otros. Esta constante invalidación hace que se ignore, voluntariamente, el reconocimiento de la biomedicina como forma de saber médico dominante en el aparato estatal. En ese sentido, este reconocimiento de saberes tradicionales, se a través sistema biomédico dominante, para lograr que las comunidades indígenas *usen cada vez más los centros de salud*. Esta incorporación necesita y debe ser antes "comprobada científicamente" por el sistema médico para luego, recién poder ser revalorado como conocimiento tradicional, en pocas palabras, debe instarse dentro de las lógicas biomédicas. En definitiva, la respuesta que encuentra el PSSI es revalorar y reconocer el conocimiento tradicional para así, finalmente lograr incluir a las comunidades históricamente marginadas.

Sobre lo anterior, podemos mencionar que la política viene cumpliendo una función legitimadora de las relaciones de hegemonía/subalternidad, relaciones en las cuales la historia produce fuerzas de ciertas clases o grupos sociales como hegemónicos y otros como subalternos, aquí se origina la estratificación propia del proceso salud/enfermedad/atención que responde a las necesidades de un determinado sistema económico, ideológico y cultural donde la interculturalidad es la única respuesta posible al dilema de la inequidad, negando el rol del estado en la reproducción de esta.

CONCLUSIONES

En política Sectorial de Salud Intercultural (PSSI) se evidencia la limitación ideológica inherente al enfoque de reconocimiento en el contexto del multiculturalismo neoliberal. Este enfoque, aunque busca salvaguardar la identidad cultural y proteger a las minorías étnicas, opera dentro de restricciones que refuerzan la imagen del "indio permitido". Esta perspectiva se enfoca en 3 aspectos: la diferencia cultural, separándola de su contexto histórico y evitando el abordaje de la desigualdad como una estructura sistémica, el énfasis en el reconocimiento desvía la atención de las desigualdades generadas por el sistema neoliberal, excluyendo debates sobre redistribución y promoción de relaciones más equitativas y finalmente la participación se limita mediante una apariencia de involucramiento en políticas públicas, aunque en realidad se dirige hacia una agenda predefinida.

La política de Sectorial de Salud Intercultural en Perú (PSSI) se enmarca dentro del multiculturalismo neoliberal, que intenta regular la atención intercultural. Esto significa que se valora la diversidad cultural pero dentro de un contexto donde un sistema biomédico dominante controla y guía las prácticas de salud. Aunque se reconoce y promueve la importancia de las prácticas locales, su inclusión está supeditada a las reglas establecidas por la medicina convencional.

Por último, el imaginario de horizontalidad presente en la política, promueve la interculturalidad y la horizontalidad en la atención médica, pero no reconoce las relaciones asimétricas de poder entre el Estado y las comunidades indígenas. Esta visión superficial no aborda las desigualdades estructurales ni las jerarquías étnicas, políticas y económicas que han impactado profundamente en la salud y el bienestar de estas comunidades a lo largo de la historia del país. En lugar de abordar estas complejidades, la política se centra en aspectos superficiales de inclusión cultural, sin atacar las desigualdades arraigadas en la estructura misma de la sociedad.

REFERENCIAS

- Alarcón, W. M. (2017). Percepción sobre el proceso salud-enfermedad de los pobladores de la ciudad de Chota 2011-2012. Una visión antropológica. 20.
- Alarcón, W. M. (2017). Tesis Percepción sobre la Salud-Enfermedad de los Pobladores de la Ciudad de Chota 2011-2012. Una Visión Antropológica. Cajamarca, Perú.
- Anderson, P. (2003). Capítulo I. Neoliberalismo: un balance provisorio. En *La trama del Neoliberalismo. Mercado, Crisis y exclusión social* (pág. 18). Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales.
- Bardin, L. (2002). *Análisis de contenido*. Madrid: Ediciones Akal.
- Contreras, C., & Cueto, M. (2013). El neoliberalismo y los retos del siglo XXI. En C. Contreras, & M. Cueto, *Historia del Perú Contemporáneo* (págs. 386-434). Lima: Instituto de Estudios Peruanos.
- Cueto, M. (2020). El regreso de las Epidemias. Lima: Instituto de Estudios Peruanos.
- El Peruano. (2016, 2 de abril). *El Peruano* (Decreto Supremo N° 016-2016-SA). Obtenido de <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/aprueban-la-politica-sectorial-de-salud-intercultural-decreto-supremo-n-016-2016-sa-1363166-6/>
- García, S., & Villavicencio-Miranda, L. (2016). Alcances y límites del multiculturalismo liberal desde un enfoque de género interseccional. *Convergencia Revista de Ciencias Sociales*, 13-38.
- Hospina, A. (2019, 9 de agosto). *PNUD*. Obtenido de <https://www.pe.undp.org/content/peru/es/home/presscenter/articles/2019/los-pueblos-indigenas-en-el-peru.html>
- Instituto Nacional de Salud. (2014). *Informe Técnico Taller Nacional: Etapa Diálogo, Política Sectorial de Salud Intercultural*.
- Jiménez, F. (2001). Capítulo 7. El modelo neoliberal peruano: límites, consecuencias sociales y perspectivas. En *El ajuste estructural en América Latina. Costos sociales y alternativas* (págs. 145- 169). Buenos Aires: CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales.
- Redacción RPP. (2016. 22 de septiembre). ¿Qué fue el Baguazo? Causas y consecuencias de una matanza. *RPP*. Obtenido de <https://rpp.pe/peru/actualidad/que-fue-el-baguazo-causas-y-consecuencias-de-una-matanza-noticia-996965?ref=rpp>
- López Torres, Y. (2021). Tesis de postgrado, Perú: Políticas sociales dirigidas a los pueblos indígenas y amazónicas en el marco de la economía neoliberal, durante el periodo 1990-2016. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Menéndez, E. (1994). La enfermedad y la curación ¿Qué es la medicina tradicional? *Alteridades*, 71-83.
- Ministerio de Cultura. (Julio de 2021). *Política Nacional de Pueblos Indígenas u Originarios al 2023*. Obtenido de <https://transparencia.cultura.gob.pe/sites/default/files/transparencia/2021/07/resoluciones-ministeriales/rm180-2021-dm-mc-anexo.pdf>
- Ministerio de Salud. (2006). Enfoque de Derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad en Salud, Marco Conceptual. En M. d. Salud. Lima: SINCO Editores.
- Ministerio de Salud. (2010-2012). *Plan General de la Estrategia Sanitaria Nacional*.
- Morales-Hernández, L. A. (2015). Violencia Cultural, Colonialismo y reetnización, el sentido de las prácticas de salud desde el punto de vista indígena. *Revista de la Facultad de Medicina*, 699-706.
- Piñones Rivera, C., Mansilla Agüero, M., & Arancibia Campos, R. (2017). El imaginario de la horizontalidad como instrumento de subordinación: la Política de Salud de los pueblos indígenas en el multiculturalismo neoliberal chileno. *Saúde Soc. São Paulo*, 751-763.
- Portugal, T. Y. (2016). Los Retos para Enfrentar la Desnutrición Infantil: "Saber y no poder" Un estudio de caso Vilcas Huamán (Ayacucho). Lima: ISBN Edición Impresa.
- Portugal, T., Yon, C., & Vargas, R. (2016). Los retos para enfrentar la Desnutrición Infantil: "Saber y no poder" Un estudio del caso en Vilcas Huamán (Ayacucho). Lima: ISBN edición impresa.
- Puello-Socarrás, J. F. (2015). Neoliberalismo, Antineoliberalismo, Nuevo neoliberalismo. Episodios y Trayectorias Económico-Políticas Suramericanas (1973-2015). En J. F. Puello Socarrás,

- Neoliberalismo en América Latina. Crisis, tendencias y alternativas* (págs. 19-42). Asunción: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO).
- Rojas, I. (2020). *Salud Intercultural y demandas de los pueblos indígenas en el contexto COVID-19*. Lima: SPDA.
- Salas, M. F. (2022). La economía política de la ambigüedad del reconocimiento: derechos colectivos de los pueblos indígenas bajo el neoliberalismo á la peruana (1990-2000). *La Colmena*, 51-62.
- Serkovie, S. J. (2002, 11 de setiembre). *Congreso*. Obtenido de <http://www2.congreso.gob.pe/sicr/tradocestproc/clproley2001.nsf/pley/3D8436586076DD9A05256D25005CF925?opendocument>
- SPDA Actualidad Ambiental. (2016, 19 de enero). SPDA Actualidad Ambiental. Obtenido de YouTube: <https://www.youtube.com/watch?v=m67Tkfh7oj4>
- Yon, C., Salas, R., & Portugal, T. (2017). *Informe Final del Proyecto: Salud Indígena, Inequidades sociales e interculturalidad: Investigación y evaluación crítica de las intervenciones implementadas en Perú*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos.