



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE DERECHO Y HUMANIDADES

ESCUELA PROFESIONAL DE DERECHO

La Medicina Tradicional y el Derecho a la Salud Intercultural en el
Perú

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

Abogado

AUTOR:

Gomez Uribe, Jorge Franklin (orcid.org/0000-0003-1503-8864)

ASESOR:

Mg. Moscoso Cuaresma, Julio Ricardo (orcid.org/0000-0001-5343-3713)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Derechos fundamentales, procesos constitucionales y jurisdicción constitucional y
partidos

LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA:

Promoción de la salud, nutrición y salud alimentaria

LIMA - PERÚ

2017

Dedicatoria

A Dios

A mis padres

A mi hermana

A mi amigo Erik

A mis maestros.

Agradecimiento

A los docentes de la Facultad de Derecho por inspirarme en esta investigación. Así mismo debo agradecer de manera especial a mi asesor metodológico, Dr. Aceto Luca por su valiosa orientación brindada, su apoyo y paciencia. Quiero expresar también mi más sincero agradecimiento al Dr. Julio Ricardo Moscoso Cuaresma, por enseñarme y apoyarme etapa por etapa en el desarrollo de la investigación. Pero así también a mis padres por una motivación constante llena de amor, paciencia y consejos que me sirvieron de aliento para no rendirme y superar las adversidades. Finalmente, agradecer a mis amistades por brindarme su apoyo incondicional en la realización de la presente investigación

Presentación

Señores miembros del Jurado:

Les presento la tesis titulada **“LA MEDICINA TRADICIONAL Y EL DERECHO A LA SALUD INTERCULTURAL EN EL PERÚ”**, con el objetivo de obtener el título profesional de Abogado, por medio de la cual se logrará contribuir a la comprensión de la importancia de la consulta previa a fin de que las poblaciones indígenas puedan acentuar mejores mecanismos de dialogo entre los sistemas de salud tradicional y occidental, en el Perú.

Es así que cumpliendo con el reglamento de grados y títulos de la universidad César Vallejo, la investigación se ha organizado de la siguiente manera: en la parte introductoria se consignan la aproximación temática, trabajos previos o antecedentes, teorías relacionadas o marco teórico y la formulación del problema; estableciendo en este, el problema de investigación, los objetivos generales y específicos; y los supuestos jurídicos generales y específicos. En la segunda parte se abordará el marco metodológico en el que se sustenta el trabajo como una investigación desarrollada en el enfoque cualitativo, de tipo de estudio orientado a la comprensión con un diseño de estudio etnográfico, determinando la población y muestra, caracterizando a los sujetos de estudio, manifestando las técnicas e instrumentos de recolección de datos, indicando los métodos de análisis de datos y resaltando los aspectos éticos. Acto seguido se detallarán los resultados que permitirá arribar a las conclusiones y recomendaciones, todo ello con el respaldo de las referencias y de las evidencias contenidas en el anexo del presente trabajo de investigación.

EL AUTOR.

Gomez Uribe Jorge Franklin

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CARÁTULA	i
Dedicatoria.....	iii
Agradecimiento.....	iv
Presentación.....	v
Índice de contenidos.....	vii
Índice de tablas.....	viii
Índice de figuras.....	viii
Resumen.....	x
Abstract.....	xi
I.INTRODUCCIÓN	1
II.MARCO TEÓRICO	7
III.METODOLOGÍA	58
3.1. Tipo y diseño de Investigación.....	59
3.2. Categorías.....	62
3.3. Escenario de Estudio.....	63
3.4. Participantes.....	63
3.5. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos.....	64
3.6. Procedimiento.....	67
3.7. Rigor científico.....	68
3.8. Método de análisis de datos.....	69
3.9. Aspectos éticos.....	70
IV. Resultados Y Discusión	71
4.1.Resultados.....	72
4.2. Discusión.....	90
V. CONCLUSIONES	105
VI.RECOMENDACIONES	107
VI. REFERENCIAS	110
ANEXOS	117
Anexo 1. Matriz de consistencia.....	118

Anexo 2. Conclusiones.....	121
Anexo 3. Solicitud de validación de instrumentos.....	128
Anexo 4. Validación de instrumentos.....	131
Anexo 5. Guía de entrevistas.....	135
Anexo 6. Entrevista rechazada.....	164

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Tipología de Políticas a partir del Marco Normativo Nacional	20
Tabla 2. Las Políticas Públicas de Salud en el Perú Ministerio de Salud	22
Tabla 3. Convenio 169 de la OIT y los derechos de los Pueblos Indígenas	28
Tabla 4. Marco Normativo Nacional	30
Tabla 5. Instituciones encargadas de implementar la Legislación Nacional.....	31
Tabla 6. Artículo 10 del Protocolo adicional a la CADH de DESC.....	40
Tabla 7. Ejes de Política de Salud Intercultural	41
Tabla 8. Legislación sobre Derecho Intercultural a la Salud.....	42
Tabla 9. Legislación sobre la Salud indígena y la Medicina Tradicional.....	54
Tabla 10. Población y Muestra	63
Tabla 11. Instrumentos de Recolección de Información	64
Tabla 12. Análisis Documental	65
Tabla 13 Validación	67
Tabla 14. Nivel de Satisfacción de Expertos	69
Tabla 15. Categorización	69
Tabla 16 Ficha Técnica de Entrevistados y Expertos.....	83
Tabla 17. Normas Legales sobre Plantas Medicinales.....	96

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Vínculo de Categorías.....	11
Figura 2. Concepto Básico de la Salud.....	12
Figura 3. Salud Pública.....	14
Figura 4. Dimensiones del Derecho a la Salud.....	16
Figura 5. Derecho a la Salud y su Relación con los demás Derechos Fundamentales.....	17
Figura 6. Tipología de Políticas Públicas.....	18
Figura 7. Fines de la Salud Pública.....	19
Figura 8. Tipología de las Políticas Públicas desde la Ciencia Sociales.....	20
Figura 9. Políticas públicas de salud en el Perú- Ministerio de cultura	21
Figura 10. Políticas Públicas.....	23
Figura 11. Objetivo de la Salud Pública.....	24
Figura 12. Organización Panamericana de la Salud.....	24
Figura 13. Identidad Cultural.....	26
Figura 14. Poblaciones Indígenas.....	27
Figura 15. El Etnocidio.....	29
Figura 16. Conceptualización del Derecho a la Salud de los Pueblos Indígenas.....	32
Figura 17. Factores que Inciden en la prestación de la Salud de los grupos Étnicos.....	33
Figura 18. Significado de Interculturalidad en el Estado.....	35
Figura 19. Políticas Públicas de Interculturalidad.....	38
Figura 20. Rol protector del Estado.....	39

Figura 21. Derecho a la Salud y Pueblos Indígenas.....	39
Figura 22. La Salud Indígena.....	43
Figura 23. La Medicina Tradicional.....	47
Figura 24. Medicina Tradicional y el Cuarendismo.....	50
Figura 25. Derecho a la Consulta Previa y su Finalidad.....	57
Figura 26. Marco Metodológico.....	59
Figura 27. Flujograma Metodológico.....	61
Figura 28. Pacto de Derecho Económicos, Sociales y Culturales.....	73
Figura 29. Declaración Universal de los Pueblos Indígenas	75
Figura 30. Rol de Estado en la Salud de los Pueblos Indígenas.....	76
Figura 31. Análisis de Marco Teórico.....	79
Figura 32. Resultado del Análisis del Marco Teórico.....	80
Figura 33. La Jurisprudencia.....	82

Resumen

En la presente tesis se tiene por objetivo conocer la importancia que se le debe dar al derecho a la salud de los pueblos indígenas por parte del Estado peruano. Uno de los mecanismos para ellos es el de la consulta previa, pues permite la implementación de sus prácticas ancestrales en los sistemas de salud actual.

Para cumplir con ese cometido se ha tomado como población de la presente investigación a los pobladores indígenas del Perú, así como la versión de los expertos y abogados en Derecho Ambiental y Constitucional.

Asimismo, la investigación asumió un enfoque cualitativo, con un tipo de estudio orientado a la comprensión y de acuerdo al fin que se persigue básica o pura, con un diseño de estudio fenomenológico y un nivel o alcance de investigación descriptiva. Las técnicas de recolección de datos aplicados fueron las entrevistas y análisis de fuente documental de los estudios de los especialistas en derechos indígenas que conozcan la importancia de este tipo de expresión cultural para la preservación de la identidad de población indígena en el Perú.

Al finalizar la investigación se plantean alternativas de solución y propuestas para que las entidades del Estado asumen la responsabilidad y el reto de conservar y poner en valor los conocimientos y prácticas sobre la salud de los pueblos ancestrales del Perú.

Palabras clave: pueblos indígenas, derecho a la salud intercultural, prácticas ancestrales, medicina tradicional.

Abstract

This thesis aims to know the importance that should be given to the right to health of indigenous peoples by the Peruvian State. One of the mechanisms for them is the previous consultation, because it allows the implementation of their ancestral practices in the current health systems.

In order to fulfill this task, the indigenous inhabitants of Peru have been taken as a population of this research, as well as the version of the experts and lawyers in environmental and constitutional law.

Likewise, the research took a qualitative approach, with a type of study oriented to the comprehension and according to the aim that is pursued basic or pure, with a design of phenomenological study and a level or scope of descriptive research. The techniques of data collection applied were the interviews and analysis of documentary source of the studies of the specialists in indigenous rights who know the importance of this type of cultural expression for the preservation of the identity of Indigenous population in Peru.

At the end of the investigation, we propose alternatives of solution and proposals so that the entities of the State assume the responsibility and the challenge of preserving and putting in value the knowledge and practices on the health of the ancestral peoples of Peru.

Keywords: Indigenous peoples, the right to intercultural health, ancestral practices, traditional medicine.

I. INTRODUCCIÓN

En los últimos 25 años, el país ha enfrentado problemas relacionados con la mala o insuficiente aplicación e implementación de políticas públicas de salud intercultural, sumándose aún más a la falta de expertos, programas y administración que se centran en enfoques interculturales ineficaces y no logran consolidar la protección de los derechos de salud locales; dado que Perú tiene la mayor población indígena después de México y Guatemala. Una de las naciones con cerca de 6 millones de indígenas (quechuas, Amazonas y Aymaras) de un total de 50 pueblos originarios.

En segundo lugar, cabe señalar que los pueblos indígenas tienen cada uno su propia lengua y conocimientos tradicionales que les permiten curarse de acuerdo con las creencias ancestrales de su comunidad. Sabiduría tradicional preservada y practicada hasta el día de hoy por maestros ancestrales conocidos también como chamanes o curanderos. En cuanto a la atención de salud, la exclusión y marginación que enfrentan los pueblos indígenas se destaca por la falta de diálogo, conocimiento e intercambio entre los sistemas de atención de la salud tradicionales y occidentales. Esta discrepancia entre la salud tradicional versus la occidental da como resultado altas tasas de mortalidad infantil y materna, particularmente en las zonas rurales donde viven las personas indígenas.

Sin embargo, con respecto a la calidad de vida de las poblaciones donde no todos los habitantes cumplen con los estándares mínimos de vida, la realidad socioeconómica sugiere que sus comunidades son la cara más representativa de la pobreza extrema, con un 75% de ellos ganando menos de dos dólares diarios.

Hoy es evidente que ser indígena es vivir en la pobreza. Por lo tanto, en la actualidad les resulta imposible satisfacer sus necesidades básicas, y más aún en cuanto a la protección de su salud.

Todo lo anterior ocurre a pesar de la presencia de la Ley de Medicamentos Convencionales y sus representantes, y de la Decreto Supremo No. 016-2016-SA (Disposiciones explícitas que adelantan la priorización de estrategias enfocadas a determinados grupos sociales generalmente evitados). La razón de estos

lineamientos es dar una asistencia gubernamental más notable y el acceso a la salud habitual a las poblaciones nativas generalmente.

A modo de ejemplo, señalamos que esto ocurre principalmente en algunas provincias andinas y de la selva oriental del país, donde los índices de mortalidad y morbilidad son espeluznantes y atroces, donde el derecho a la salud es el más vulnerado, desconociéndose así las pautas culturales de sus ancestros.

Todo esto sucede a pesar de la existencia de la Ley de Medicina Tradicional y sus agentes, así como del Decreto Supremo N° 016-2016-SA. El propósito de esta regulación es permitir a los pueblos indígenas un mejor bienestar y acceso a la atención médica tradicional, especialmente cuando se trata de poblaciones altamente vulnerables con sistemas inmunológicos débiles y poco confiables.

Lamentablemente las autoridades del Ministerio de Salud, no solo desconocen, descalifican y menosprecian las prácticas de origen ancestral, como medios de atención alternativa, sino que incluso hasta las prohíben por considerarlas acientíficas. Por tanto, no son implementadas en los hospitales y postas médicas, al interior del país. Este panorama crucial que se repite a diario en la soberanía nacional, también se presenta en Guatemala, Chile, Colombia, Ecuador y México.

A partir de lo expuesto cabe señalar que negar la existencia del derecho a la salud de las comunidades indígenas, la protección de su ambiente, su identidad cultural y sus conocimientos ancestrales se estaría cometiendo un etnocidio.

De acuerdo a Buendía, Colás, Hernández (1998) lo desarrollado pasará por un periodo en la cual se organizará de manera expresa el concepto de análisis especificándose por qué y para qué de lo que investigaremos más adelante (pp. 319-320).

Finalmente, cabe señalar que este trabajo de investigación surgió a partir de una inquietud académica y ha sido trabajada dándole una mayor importancia al derecho humano de las poblaciones indígenas, mencionando que todo ser humano tiene el derecho a no ser discriminado por su condición cultural, así como el de ser asistido por el Estado mediante programas o servicios ajustándose a la particularidad de

sus ciudadaníaas diversas, permitiéndose así que reciban el mismo trato igualitario que reciben sus demás compatriotas, pero respetándose, ante todo, sus usos tradicionales, sus costumbres, sus creencias y demás prácticas tradicionales, al poseer estos rasgos etnográficos y características antropológicas propias de su lugar de origen, donde se encuentran establecidos, tal como se establece en la Declaración Universal de los Pueblos Indígenas.

Para su formulación, como problema General se planteó lo siguiente ¿Cuáles son los efectos jurídicos de las políticas públicas de interculturalidad respecto a la protección del derecho a la salud de las comunidades nativas en el Perú? Siendo sus problemas específicos ¿De qué manera se desarrolla la protección del derecho a la salud para las comunidades nativas en el Perú? ¿Cuáles son los alcances de la consulta previa respecto a la implementación de la salud intercultural en la prestación de servicios sanitarios en el Perú?

La justificación para Ramírez (2005, p. 84) debe ser fundamentada positivamente. Por tanto, las legitimaciones deben estar cimentadas de tal manera que llamen la atención sobre hacia dónde va la exploración, su razón de ser, el desarrollo en sí, la explicación y lo que podría ocurrir posteriormente.

Para Carrasco (2007), confirma que en la investigación es relevante legitimarse determinando la justificación para dirigirla. Abordando la indagación del por qué se dirige la exploración y se hace la legitimación (p.117)

Como Justificación fáctica en cuanto a lo investigado es importante dado a un gran porcentaje de pobladores indígenas , por la cuestión de la conservación de su cultura, ya sea en los andes y la amazonia peruana, donde hay gran proliferación de enfermedades comunes, culturales o mágicas, y elevados índices de mortalidad infantil y maternal, y particularmente resultan ser vulnerables debido a la discriminación étnica que reciben por parte de profesionales de la salud, y más aún por la destrucción de su sistemas sociales.

Por ello es importante que sea manejado por las autoridades locales y regionales de salud como base para el respeto del derecho a la salud de los ciudadanos indígenas quienes deben buscar mecanismos de protección acordes a

la realidad. De igual forma, los profesionales médicos ancestrales pueden ser ubicados en hospitales para atenderlos respetando sus costumbres.

Como justificación práctica es importante porque ofrece una solución a problemas que ignoran derechos fundamentales como la no discriminación. Este derecho está relacionado con la protección de otro derecho humano, el derecho a la salud y al estatus. Por ser los seres humanos iguales ante la sociedad, se enfatiza el derecho a la protección de la salud de los pueblos indígenas del Perú y se respetan sus costumbres, valores y dignidad humana como designación humana.

Su justificación metodológica es importante, dado que se aplicarán todos los métodos, procedimientos, técnicas e instrumentos de recolección de información, dándose importancia a las entrevistas de especialistas en derecho indígena, y constitucional, por lo que el aporte de esta investigación estará dado en el análisis de la ley de la medicina tradicional y sus agentes, el cual tendrá un alcance descriptivo y un diseño etnográfico por ser genuina y nueva.

Como indican Sabarriego y Bisquerra (2009, p. 95), la razón de los objetivos es demostrar lo que se quiere y se desea concretar. En ese sentido, se intenta aclarar cuáles son las tareas básicas para su realización.

Objetivo General Determinar los efectos jurídicos de las políticas públicas de la interculturalidad respecto a la protección del derecho a la salud de las comunidades nativas en el Perú

Objetivo Específico N°1. Explicar de qué manera se desarrolla la protección del derecho a la salud para las comunidades nativas en el Perú

Objetivo Específico N°2. ¿Desarrollar son los alcances de la consulta previa respecto a la implementación de la salud intercultural en la prestación de servicios sanitarios en el Perú?

El supuesto jurídico hace referencia a los hechos jurídicos cuya realización se desprende de toda consecuencia e implicancia jurídica (Vélez, 2003, p. 4), demostrándose así mediante estudios cualitativos.

Supuesto Jurídico General Los efectos jurídicos de las políticas públicas de la interculturalidad en salud inciden de manera irregular en la protección del derecho a la salud de las comunidades indígenas en el Perú.

Supuesto Jurídico Específico N°1. La protección del derecho a la salud para las comunidades nativas en el Perú, de acuerdo a la Constitución Política de 1993, resulta muy ineficaz debido a la discriminación étnica y a la falta de dialogo entre los sistemas de salud tradicional y occidental.

Supuesto Jurídico Específico N°2. Actualmente, dentro de la legislación nacional no se emplean los alcances de la consulta previa respecto a la implementación de la salud intercultural en la prestación de servicios sanitarios en el Perú.

II. MARCO TEÓRICO

Habiéndose expuesto la aproximación temática, a continuación, presentaremos los trabajos previos, es decir, los estudios o antecedentes llevados a cabo en otras investigaciones ya realizadas con anterioridad (Pajares, 2004, p. 6)

En ese contexto, se ha tomado en cuenta como trabajos previos internacionales de Colombia, Chile, Argentina, Guatemala, España y Perú.

A nivel internacional se cuenta con los siguientes antecedentes:

García (2013) en su investigación cualitativa titulada *La necesaria regulación de la medicina tradicional en la legislación guatemalteca y la implementación de un régimen sancionatorio para quienes la ejerzan con lucro, sin los conocimientos apropiados, para obtener el grado de Licenciado en Ciencias Jurídicas y Sociales* e la Universidad de San Carlos de Guatemala Concluyó:

El problema surge porque los medicamentos convencionales tienden a ser vistos como información genérica ante la ausencia de controles fitosanitarios llevado a cabo por estafadores y charlatanes. (p.130).

De otro lado, el estudio de Gonzales (2010) en su investigación titulado *Derecho a la salud de los grupos étnicos en Bogotá. Análisis de la política pública en salud distrital 2004- 2007*, siguiendo el método cualitativo, concluyó.

(...) Para que existan mejores prácticas ancestrales y merezcan su profundo respeto deben establecerse óptimas condiciones de coordinación entre los sistemas de salud y los modelos de salud, a través de estrategias de integración (p. 76)

Asimismo, Figueroa (2009) en su investigación titulada *Justificación del rol de las cortes haciendo justiciables los derechos económicos, sociales y culturales, en particular, el derecho a la protección de la salud*, sustentado ante la Universidad Diego Portales, concluyó:

(...) Existen muchas objeciones de incapacidad hacia los jueces por no estar institucionalmente preparados para conocer asuntos complejos como el derecho a la salud ceñidos en los DESC. (P. 313)

Gushiken (1979) en su estudio titulado *Tuno: el curandero*, señala como conclusión que “La investigación del curanderismo en el Perú en su conjunto es realizada por médicos en el campo de la medicina científica.”. Para Silva (como se citó en Gushiken, párr.3), “estas formas de creencias y comportamientos siguen vigentes en las muy diversas poblaciones que componen la patria.”.

A nivel nacional también se cuenta con una importante investigación y antecedentes al respecto. Veamos.

En primer lugar, se menciona el estudio de Torres (2015) en su investigación titulado *Potestad de los pueblos indígenas sobre los recursos naturales*, para obtener el grado de Bachiller en Derecho en la Pontificia Universidad Católica del Perú, siguiendo el método cualitativo, concluyó: “El derecho propio o consuetudinario de los pueblos indígenas tienen mayor ponderabilidad y jerarquía que las leyes con rango legal”. (2015, p.160).

De otro lado, Pariona (2014) en su investigación titulada *Salud y enfermedad en Ayacucho: la medicina tradicional en el escenario del siglo XXI*, para obtener el grado de Doctor en Ciencias Sociales, especialidad en Antropología en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, siguiendo el método cualitativo, concluyó que: “hay presencia de prácticas simbólicas de diversa tradición en los procesos rituales de cura, sin necesidad de aislarse de las creencias profundas en las divinidades de origen ancestral, siendo reincorporadas desde la época colonial (2014, pp. 198 – 199).

Barriga (2014) en su investigación titulada *Derechos fundamentales. Salud pública*. Para obtener el grado de Magister en la Pontificia universidad Católica del Perú, siguiendo el método cualitativo, concluyó:

[...] El derecho a la salud es un derecho fundamental exigible ante el Estado porque se relaciona con el principio de la dignidad humana. Por lo tanto, el Estado de derecho debe promover su protección y uso efectivo por parte de todos los ciudadanos. Tanto más cuanto que este derecho tiene carácter previo al uso. Sin embargo, como todos los derechos humanos, donde su reconocimiento y exigibilidad dependen de la voluntad política del Estado, requieren de la asignación de recursos estatales para asegurar su adecuada protección y disfrute. En este contexto, el poder judicial, a través de su función de opinión y protección de los derechos humanos, asegura que los jueces dicten sanciones estructurales que aseguren la protección efectiva de la salud y los derechos fundamentales en todo el mundo. Finalmente, este estudio muestra que si realmente se logran efectos de tutela judicial adecuados mediante el uso de sentencias estructuradas que ayuden a proteger los derechos fundamentales, aún queda mucho por mejorar. (2014, pp. 221-224).

Existe además el aporte de Pintado (2016) titulado *La implementación de políticas públicas en salud para los pueblos indígenas de Santa María del Nieva en Amazonas*: En vista que existen puntos de tensiones entre la interculturalidad como

enfoque y la atención contra el SIDA, cuyo tenor fue presentado para el Postgrado en la Pontificia Universidad Católica del Perú. En él sustenta sus siguientes conclusiones para que no se esgrima la interculturalidad y sus enfoques, por ejemplo:

- a) Imposibilidades de plantearse un diseño de políticas públicas
- b) Capacidades de los directivos y personal de salud
- c) El carácter de verticalidad de la política y la brecha entre la macro y micro implementación
- d) Escasos recursos (financieros, personales y logísticos) y apoyo político.

Además, desde su punto de vista son varios elementos que han podido influir en el débil diseño y que consecuentemente limita una política de salud intercultural, ello se debe a ciertas implicancias como:

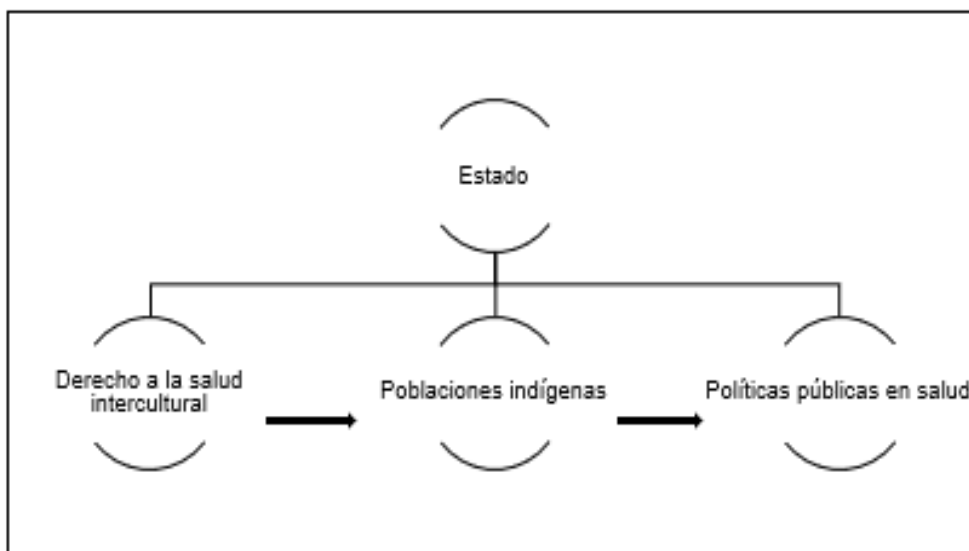
- Limitaciones en la organización de la cuestión pública con respecto al área y al Estado.
- Carencia en el plano institucional del MINSA.
- Escasa participación de los pueblos indígenas en el diseño de la política.

Teorías relacionadas al tema

En base a lo expuesto señalaremos que las teorías mencionadas facilitan al investigador la indagación de aspectos temáticos y doctrinarios. Para una mayor profundización señalaremos que los pueblos indígenas serán nuestra categoría principal; el Estado que tendrá mayor trascendencia al vincular dos categorías diferentes y anexas entre sí tales como: Salud intercultural y medicina tradicional.

Figura 1

Vínculo de Categorías



Fuente: Elaboración propia, 2017.

Según Zavala, un marco teórico es una representación conceptual de los principios, leyes y definiciones asociadas con una teoría. (2006, p. 113). divididas en sub temas calificadas como relevantes para su fundamentación.

Teorías sobre el derecho a la salud.

Son muchos los autores, instituciones, experiencias y posiciones que han desarrollado integralmente el derecho a la salud. Esta parte presenta los principales aportes a la teoría del derecho a la salud.

Para determinar el alcance y la naturaleza del derecho a la salud, en primer lugar, debe señalarse que la salud es un estado en el que la persona se desarrolla plenamente y cumple sus funciones. Función significa el efecto de un órgano o aparato. La limitación de la salud no debe limitarse a una conceptualización limitada que se reconozca como ausencia de enfermedad. Este es sólo un aspecto de la salud humana (Gómez, 1982, pp. 22-24).

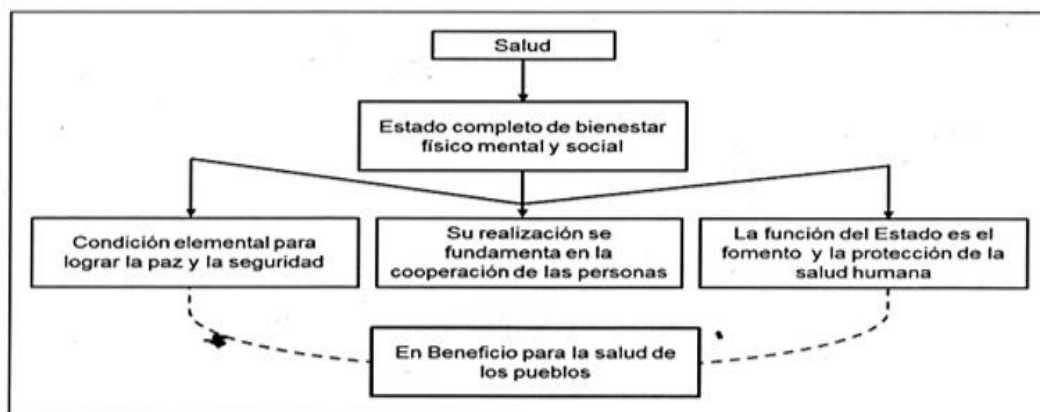
Con respecto al derecho a la salud, Bernales (2012) señala que, por su rapidez, desde el aspecto individual, cada persona tiene la opción al aseguramiento de su bienestar, así como a la disposición de la seriedad de sus preocupaciones.

Cuando se trata de la asistencia compartida y correspondiente, siendo más instructiva y preventiva, aludimos al bienestar desde el aspecto familiar. Así, cuando se planifica para resolver los problemas de las redes que experimentan: vicios, flagelos, inoculaciones masivas y pandemias sumadas y se dan los medios importantes, aludimos al bienestar desde un aspecto social (p.215). Según los términos mundiales, ecológicos y de desarrollo de la especie humana. Dubos (2009) afirma: "La salud como estado físico y mental sensiblemente liberado del malestar y la agonía, que capacita al individuo preocupado para trabajar con éxito hasta donde sea factible en el clima donde por decisión se encuentra" (pp. 304 - 305).

"En general, las personas que experimentan los efectos adversos para la salud de cualquier enfermedad ignoran por completo los efectos secundarios y las causas de la enfermedad misma". (Del Águila, 2000,p.4). El bienestar se percibe como una condición de completa prosperidad física, mental y social; el placer en el término más notable de bienestar es un derecho mayor que cada persona sin calificación debe apreciar. Dado que el bienestar de todos los grupos de personas es una condición rudimentaria para la consecuencia de la armonía y la seguridad, su reconocimiento se capta en la colaboración de los individuos con el Estado. La labor del Estado en el fomento y garantía del bienestar es valiosa para todos (Organización Mundial de la Salud,2004, p.12).

Figura 2

Conceptos básicos de la Salud

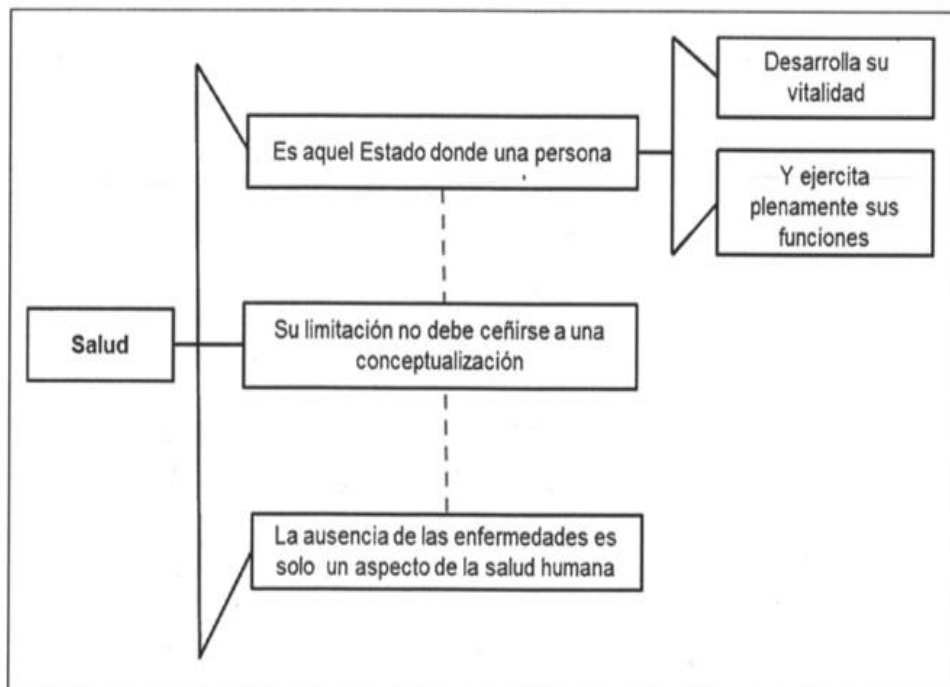


Fuente: Elaboración propia, 2017.

Generalmente se habla del “derecho al mantenimiento de la salud”, sin embargo, el nombre real de este derecho y, en consecuencia, su iniciativa, su trascendencia, su extensión a la normalización, el modo legítimo de garantizarlo, aún están lejos de ser esclarecidos y despertados. Más adelante, es posible discutir, en todo caso, “el derecho a la salud”, “el derecho a la atención médica”, el derecho a un nivel satisfactorio de bienestar”, “la estabilidad de un alto grado de comodidad humana” o incluso, por extraño que parezca, de articulaciones tan claramente desconectadas como “derecho al nivel de comodidad más significativamente alcanzable” o “derecho a un nivel mínimo de atención médica”. Tomados en su definición estricta, cada uno tendrá una trascendencia y expansión completamente diferente. Sin embargo, también es un hecho que las distintas declaraciones tienen la posibilidad de encontrar ciertos elementos importantes a examinar: a) el derecho a la salud es un modo de vida suficiente que garantiza la paz y la prosperidad; b) el derecho a la asistencia clínica ya la administración social esencial; y c) el derecho a la cobertura sanitaria (para hacer frente a la enfermedad en la medida en que ésta implique una deficiencia del método de medios- trabajo- debido a condiciones inmutables en lo que a uno respecta) (p.2)

Figura 3

La Salud Pública



Fuente: Elaboración propia, 2017.

“El origen del derecho se explica por la necesidad de imponer orden y regulación a las actividades sociales de las personas, inherentes a su propia humanidad, y a las ocupaciones que de ella se derivan. Como factor, tiene particular importancia en cada una de las actividades humanas: son los principios y el desarrollo de los sistemas los que deben regularse, así como tenerse en cuenta, para comprender cada aspecto de la colaboración humana compleja y en constante cambio, y por lo tanto para comprender. Y es dentro de esta relación más amplia que una muy especial donde la relación se ha nutrido y fortalecido, definida por la complejidad del sector salud y la singularidad de las interrelaciones que genera, han favorecido el surgimiento de conjuntos de normas, posiciones y leyes propias de este sector, por tanto, el sector salud no es ajeno ni distante a esa realidad.

En lo que respecta al Área de salud, las conexiones establecidas entre el médico y su paciente son sólo una parte de este sistema, que igualmente incorpora todas las circunstancias o actividades que puedan impactar en la condición de fuerza del, todavía en el aire por un factor ecológico o psicosocial. A partir del

examen de la definición anterior, Gonzales aporta que la regulación de la salud recuerda conexiones legítimas para las que no se garantiza la introducción de la relación habitual especialista-paciente, como es el caso de las estrategias o actividades de bienestar que puedan impactar en la condición de solidez del, no totalmente resueltas por una variable ecológica o psicosocial, y otras que se desvían de operaciones particulares adicionales.

A la luz de la verdad, el Derecho a la salud regulariza la sostenibilidad de su protección.

Dios mediante está ligado intrínsecamente a otras libertades esenciales, tales como el acceso al agua y su debida desinfección, asimismo a la alimentación, como derechos.

Al darse con mayor intensidad, el derecho al bienestar obliga que los Estados lleguen a crear mejores condiciones de calidad de vida para las personas, no limitándose en mencionar que sólo estará sumamente sana. No obstante, hay que señalar que el derecho a la salud está consagrado en numerosos Tratados Internacionales y regionales de derechos humanos y en las Constituciones Políticas de países de todo el mundo, entre ellos:

- 1) Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1966
- 2) Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, 1979.
- 3) Convención sobre los Derechos del Niño, 1989.
- 4) Carta Social Europea, 1961
- 5) Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, 1981 o Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador).

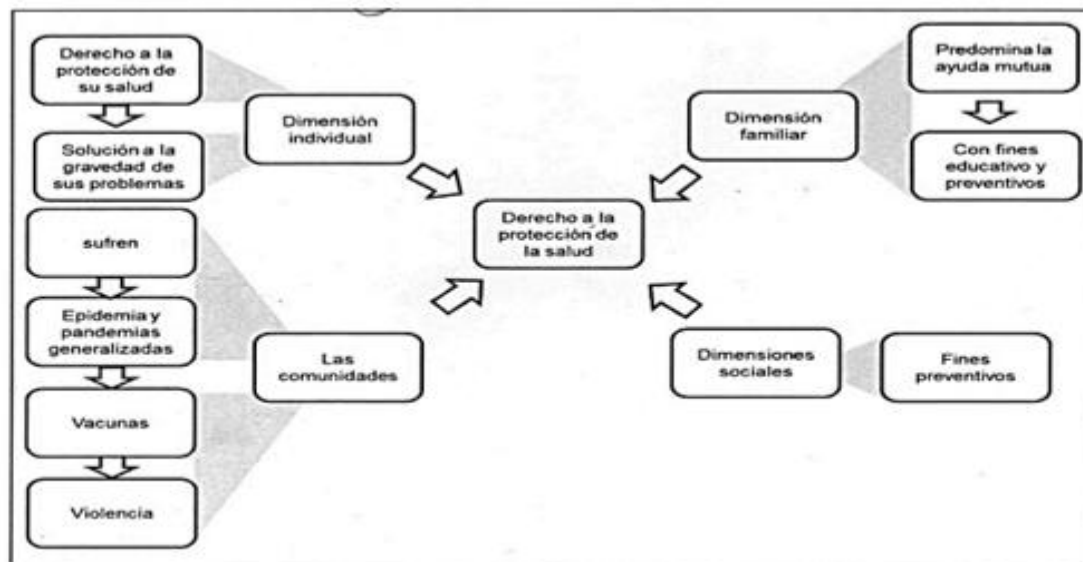
Bajo esa lógica, es compromiso de los Estados brindar a sus conciudadanos una palestra de seguridad como bienestar por ser inherente a su dignidad humana. En tal sentido, podremos comprobar que predomina un compromiso de resultado.

Como hemos visto, el derecho a la salud se refiere al estado natural del hombre, la oportunidad de participar en un clima suficiente para proteger su

bienestar al acceder a una atención médica integral. Siendo relevante para todos sin importar su estatus económico, social o racial (Salud integral incluyente, 2017).

Figura 4

Dimensiones del Derecho a la Salud



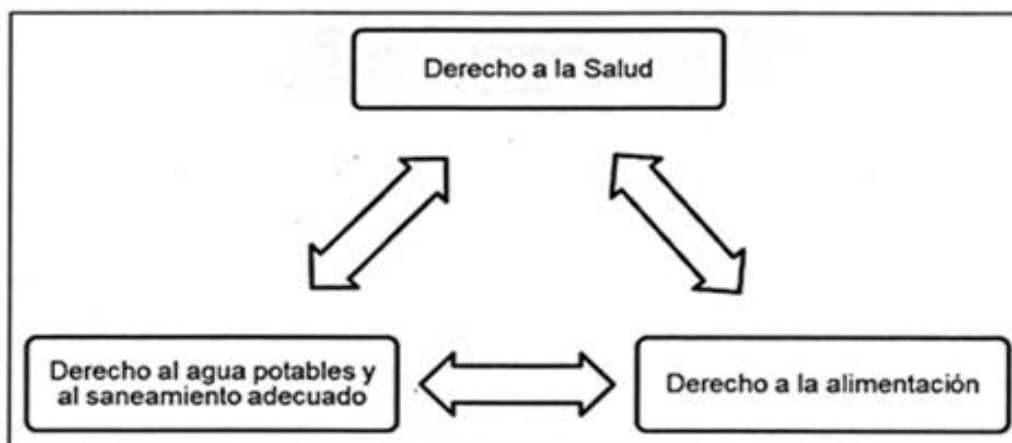
Fuente: Elaboración propia, 2017.

De acuerdo a la Declaración Universal de Derechos Humanos y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el Derecho a la salud se percibe como un derecho básico e innato de todas las personas. De ello se desprende el compromiso del Estado de considerar, asegurar y velar por el derecho al bienestar de cada uno de sus residentes, garantizándose así el acceso a los servicios médicos. Por ello, la proposición propone un modelo de atención a la luz del marco general de bienestar. El derecho a la salud, por lo conectado con otras libertades básicas cruciales y su reconocimiento depende del reconocimiento de estas otras, en particular la opción al agua (que incorpora la opción de admisión al agua potable y a una desinfección suficiente) y el derecho a la alimentación. Contrariamente a la idea básica del individuo humano, el creador identificó la felicidad como un estado mental y corporal en gran parte libre de dolor y sufrimiento, y colocó al individuo donde la esencia de sus órganos claramente

puede funcionar considerando como variables el tiempo y el clima donde se encuentra (Dubos, 1959, pp. 304-305).

Figura 5

Derecho a la Salud y su relación con los demás Derechos Fundamentales



Fuente: Elaboración propia, 2017.

Tenga en cuenta que la conceptualización de la salud ha sido ampliamente debatida, su significado ha cambiado de acuerdo con los sistemas de valores, creencias y conocimientos tradicionales, y su significado ha sido interpretado regularmente. De esta manera, se fomentan diferentes perspectivas, dependiendo del conocimiento social de la comunidad, los determinantes de los estilos de vida y las ideologías que emergen en las diferentes sociedades (Paz Lourido, 2008, p. 32).

Martínez (1994) define a la salud como una adaptación o estabilidad que hace que las personas sean más propensas a adoptar conductas orientadas a la salud para evitar enfermedades (1994, p. 16). Para el autor, la salud es como un ajuste o estabilización que predispone a las personas a adoptar conductas de preservación de la salud para evitar enfermedades.

Teorías sobre el derecho a la salud como política pública.

La política pública, por consiguiente, está dirigida por instituciones u organizaciones gubernamentales para cambiar circunstancias complejas y consignarlas, posteriormente, como metas útiles dentro de la ciudadanía (Roth, 2002, p. 27)

Muller y Soral (1998) señalan que la política pública es a la vez parte de la construcción social y objeto de estudio, y subrayan la dificultad de definir sus contornos precisos (p. 14).

Figura 6

Tipologías de Políticas Públicas



Fuente: Elaboración propia, 2017

Lahera (2002) sostiene que la política y las políticas públicas son relevantes para el poder social ya que la política es la ciencia del poder y las políticas públicas corresponden a un ciclo de decisiones específicas para gestionar los asuntos públicos (p.7). Respecto para la implementación de una ley bien concebida en relación con las políticas públicas, Roth sostiene que:

(...) Que la aplicación de la ley requiere funcionarios que creen en la ley. Por eso no necesitamos funcionarios neutrales, sino prioritarios. Por lo tanto, la ley debería brindar a los grupos de apoyo político establecidos amplias oportunidades para intervenir en el proceso de implementación. (2002, p. 117).

De lo anterior, se puede concluir que las políticas públicas como objeto de estudio cuenta con un conjunto de herramientas conformado por metas colectivas que el Estado considera deseables o necesarias, incluyendo su definición y formación. La herramienta y la acción procesada son visualizadas parcial o totalmente por la institución u organismo estatal.

En definitiva, la política pública es una respuesta del gobierno o de los gobiernos locales o regionales a las estructuras sociales frente a determinadas situaciones que se identifican como problemáticas. Y su análisis consiste en revisar y establecer un conjunto de metas para la transformación de la sociedad, parcial o totalmente, y así determinar sus efectos y resultados.

Figura 7

Fines de la Salud Pública



Fuente: Elaboración propia, 2017.

Por lo tanto, la falta de participación de las redes puede conducir al fracaso de enfoques sin importancia social. Esto, como es el caso de muchas estrategias de bienestar que buscan perseguir sus direcciones en las redes indígenas, ha arrojado casi cero resultados positivos y ninguna resonancia entre las minorías étnicas.

Tabla 1

Tipología de Políticas Públicas a partir del Marco Normativo Nacional

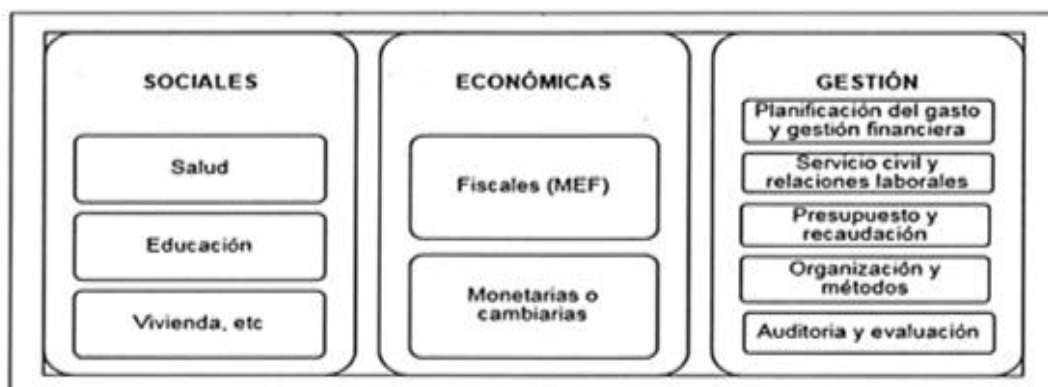
TIPOLOGÍA DE POLÍTICAS PÚBLICAS		
Por su proyección temporal	Por su nivel de coordinación	Por el nivel de gobierno
Políticas de Estado	Políticas sectoriales	Políticas nacionales
	Políticas multisectoriales	Políticas regionales
Políticas de Gobierno	Políticas transectoriales	Políticas locales

Fuente: Elaboración propia, 2017.

A continuación, se desarrolla las tipologías de las políticas públicas, en relación a las ciencias sociales, económicas y de gestión:

Figura 8

Tipología de las Políticas Públicas desde las Ciencias Sociales

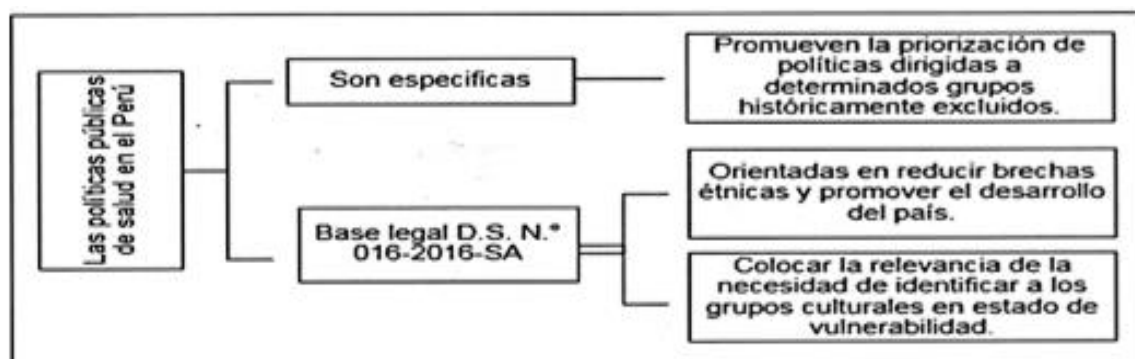


Nota: Adaptado de Tipología de las Políticas Públicas de las Ciencias Sociales (p.24), Parodi, 2003.

El gráfico siguiente detalla los aspectos relacionados a las políticas públicas en la salud que se desarrollan en el Perú, desde el Ministerio de Cultura, considerando el enfoque intercultural.

Figura 9

Políticas Públicas de Salud en el Perú – Ministerio de Cultura



Nota: Adaptado de Políticas Públicas de Salud en el Perú, Ministerio de Cultura, 2017.

Como no es del todo inamovible desde el examen de la fuente regularizadora, las estrategias públicas en materia del derecho a la salud, son sistemas extraordinarios o puestos en marcha para abordar y satisfacer las necesidades y garantizar el acceso a las administraciones públicas de los residentes, una de las administraciones públicas más fundamentales es el bienestar general, una ayuda que es igualmente un derecho fundamental y central que debe ser dado por el estado a todos los residentes.

La Tabla siguiente describe las políticas públicas en salud que se aplican en el Perú, ello de acuerdo al Ministerio de Salud.

Tabla 2

Las Políticas Públicas de Salud en el Perú Ministerio de Salud

POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD	POLÍTICAS PUBLICAS SALUDABLES
Trata sobre abordajes prácticos en salud	Procura sobre abordajes estratégicos en salud
Enfocando su atención en el daño, y la prevención del riesgo.	Centralizándose más en la promoción y protección de la salud desde un enfoque causal.

Nota: Adaptado de las Políticas Públicas de Salud en el Perú, Ministerio de Salud, 2017.

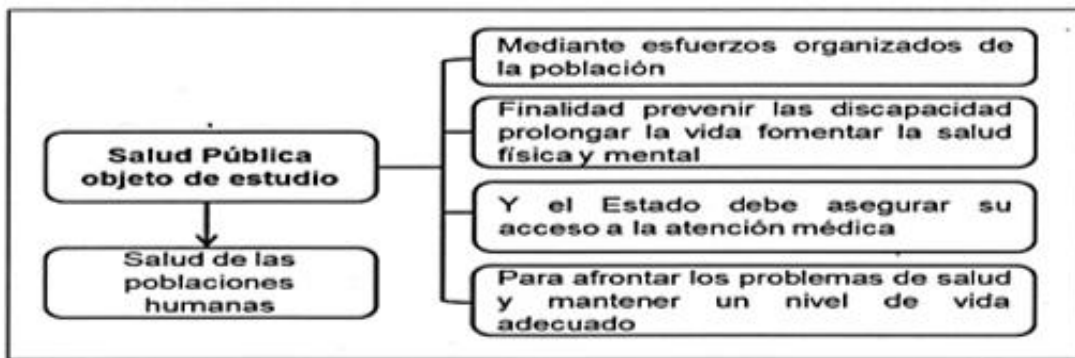
En cuanto a la salud pública, dentro de la definición de Figueroa, la salud pública es la ciencia de prevenir la enfermedad, prolongar la vida, promover la salud y mejorar el desempeño físico y mental; lográndose así una mejor desinfección ambiental, educando y capacitándose a la población (2012, p. 23)

Figueroa (2012), refiriéndose a Piédrola, afirma que, entre las definiciones relacionadas con la Salud Pública general, hay una que busca mejorar y ampliar el campo de actividad de la salud general y añade precisamente el área de la recuperación del bienestar. Lo caracteriza como la ciencia y el arte de organizar y dirigir los esfuerzos colectivos, y coordinar los esfuerzos agregados, que deben estar dirigidos a asegurar, avanzar y restablecer la fuerza de cada una de las personas que viven en un área local determinada. Este pensamiento de centrar la idea del bienestar general en la solidez de la población es ampliamente reconocido y existen compromisos relacionados con él. (pp. 2-5).

Figueroa (2012) utiliza definiciones de varios autores, incluido Frenk, quien reitera que la naturaleza de la salud pública implica la aplicación de puntos de vista basados en grupos o poblaciones (p. 2). También mencionó a Terris, quien declaró que la salud pública es el arte y la ciencia de prevenir enfermedades e incapacidades, prolongar la vida y preservar la salud física y mental a través de la contribución de la comunidad. Asimismo, a partir de una reflexión sobre las políticas sociales, reconoció la salud pública como una práctica social, tratándola, así como

Figura 11

Objetivo de la Salud Pública



Fuente: Elaboración propia, 2017.

La Organización Panamericana de la Salud, propone caracterizar el derecho a la Salud Pública general como un trabajo de la sociedad, en su mayoría organizaciones abiertas, para mejorar, avanzar, salvaguardar y restablecer la solidez de las poblaciones a través de actividades agregadas (2012, p.15).

Figura 12

Organización Panamericana de la Salud



Fuente: Elaboración propia, 2017.

Respecto a la definición actual sobre salud pública, para Figueroa (2012) el sentido del impulso de bienestar general puede entenderse como una práctica social coherente que, como sujeto y objeto de estudio, es considerada como la

ciencia responsable de prevenir la infección, la incapacidad, la extracción de la vida, el avance de bienestar físico y emocional, a través de los esfuerzos coordinados del área local, para la esterilización del clima y la mejora de la Salud Pública, para hacer frente a las condiciones médicas y mantener una forma de vida satisfactoria (p. 2)

El Derecho a la Salud exige que el Estado garantice a sus habitantes la oportunidad de participar en las condiciones más adecuadas de bienestar. Esto significa que el estado de bienestar depende de cada persona, y el estado debe garantizar el acceso igualitario a la atención médica para todos los ciudadanos (determinándose como una obligación de medio). (López, 2016, p. 16).

De este modo, el derecho a la salud se divide en varios derechos específicos que los Estados deben asegurar:

1. El derecho a un acuerdo de seguro de bienestar.
2. El derecho a la anticipación y al tratamiento preventivo para combatir el contagio.
3. La posibilidad de acceder a los medicamentos básicos.
4. El fomento del bienestar materno e infantil.
5. La posibilidad de acceder a administraciones de bienestar adecuadas.
6. Por último, la instrucción y la concienciación en materia de bienestar.

Además, para realizar el derecho a la salud, los Estados deben garantizar que la atención médica esté disponible, sea accesible para todos, sea de alta calidad y sea aceptable en todas las circunstancias (en conformidad a los lineamientos de la ética médica y en base a las diferencias biológicas y culturales). (López, 2016, p. 16).

Teoría sobre los pueblos indígenas.

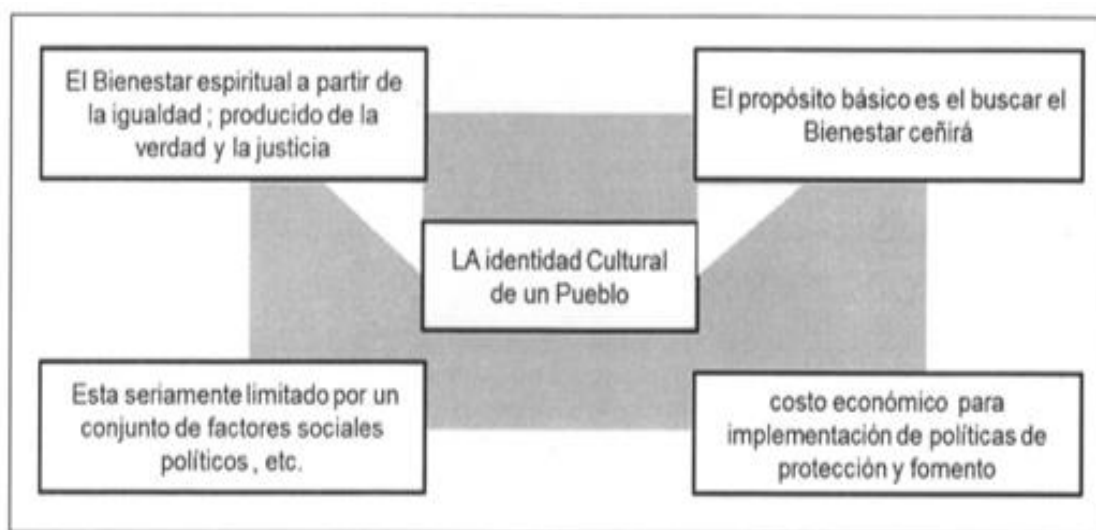
El término de pueblos indígenas, según Aranda y Wiener (2009, p.9) son aquellos grupos humanos cuyas raíces proceden de las sociedades que existieron

antes de la colonización española, o posteriormente a la creación de los actuales Estados republicanos. Una de las bases teóricas sobre los pueblos indígenas es la teoría sobre el derecho indígena como derecho ambiental. Uno de los autores que ha desarrollado de modo interesante esta teoría es: León que sostiene que el derecho indígena está profundamente ligado al derecho ambiental, dado que por la ausencia del reconocimiento específico de sus características culturales en la constitución, de las poblaciones indígenas, se les ha ido quitando la posesión de sus tierras ocupados ancestralmente, así como no respetando sus creencias, tradiciones, etc. con la cual se ayudaba a preservar el equilibrio ecológico.(2006, p.20).

En la siguiente figura se detalla los alcances conceptuales sobre los pueblos indígenas:

Figura 13

Identidad Cultural

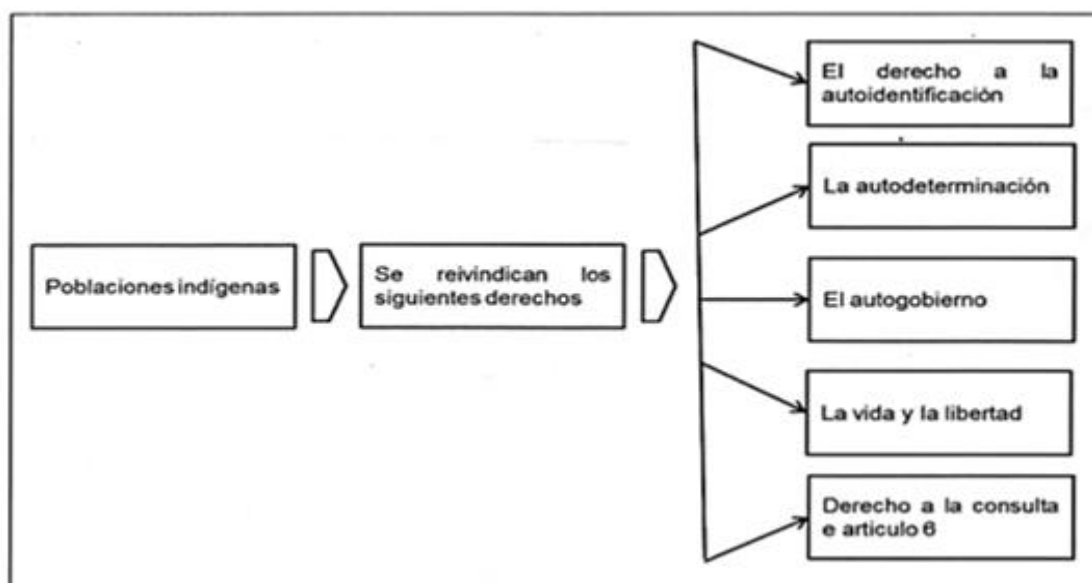


Fuente: Elaboración propia, 2017.

En cuanto al carácter social de los pueblos indígenas, el investigador ha graficado su extensión para trabajar con la comprensión de la revisión creada, que principalmente expresa que el examen de la personalidad social es una ayuda gubernamental general y profunda a la luz de la justicia, la verdad y la equidad, la seguridad y el avance de los gastos monetarios y políticos.

Figura 14

Poblaciones Indígenas



Fuente: Elaboración propia, 2017.

En la estructura general de corrientes de cambio correctivo y legal, en las que colaboran notoriamente juristas, antropólogos legítimos, consultores jurídicos y asociaciones en general, cabe señalar que la regulación autóctona ha cobrado mayor importancia. (Valbuena, 2004, p. 39).

El derecho de los pueblos indígenas circunscrito en una estructura de poder, donde predominan las desigualdades sociales, sigue siendo un derecho consuetudinario en constante transformación, pese a la subordinación que recibe por parte del derecho nacional (Tello, 1996, p. 156).

Como requisitos fundamentales para determinar a un grupo humano como pueblo indígena Aranda y Wiener manifiestan que:

[...]Que deberán ser extraídos de la población que habitaba el área geográfica del país antes del inicio de la colonización o del establecimiento del límite estatal actual de dichas personas; Asimismo, sus integrantes conservan y difunden sus usos, costumbres y usos heredados de sus ancestros coloniales; que sus miembros se consideran indígenas dentro de su jurisdicción particular, habiendo sido admitidos por otros pueblos indígenas a los que pertenecen. (2009, pp. 11-12)

Para Peces-Barba (2004) afirma que “la dignidad humana emerge en un contexto intelectual que ha superado los cambios históricos situándose en el proceso de humanización y racionalización que acompaña a la sociedad y al propio individuo. Por lo tanto, la dignidad humana sirve como punto de partida lográndose denominar un derecho positivo sumamente justo” (p. 67)

El mundo de ahora simboliza un grave peligro para la dignidad humana, a pesar que se extiende las condiciones mínimas para su defensa. En el pasado las antiguas civilizaciones no tomaron en cuenta esto (Spaeman, 1998, p. 105)

Del análisis de la legislación se desprende que la Constitución de 1993, a diferencia de la de 1979, en el primer párrafo del artículo 89, es un reconocimiento absoluto de la importancia social e histórica de las comunidades campesinas e indígenas (Bernaes, 2012, p. 433).

Estas comunidades existían antes de la invasión española cuando conquistaron el Imperio Inca, por lo que estas comunidades campesinas e indígenas son instituciones que el tenor peruano llama “comunidades indígenas” (Bernaes, 2012, p. 433).

Tabla 3

Convenio 169 de la OIT y los derechos de los pueblos indígenas

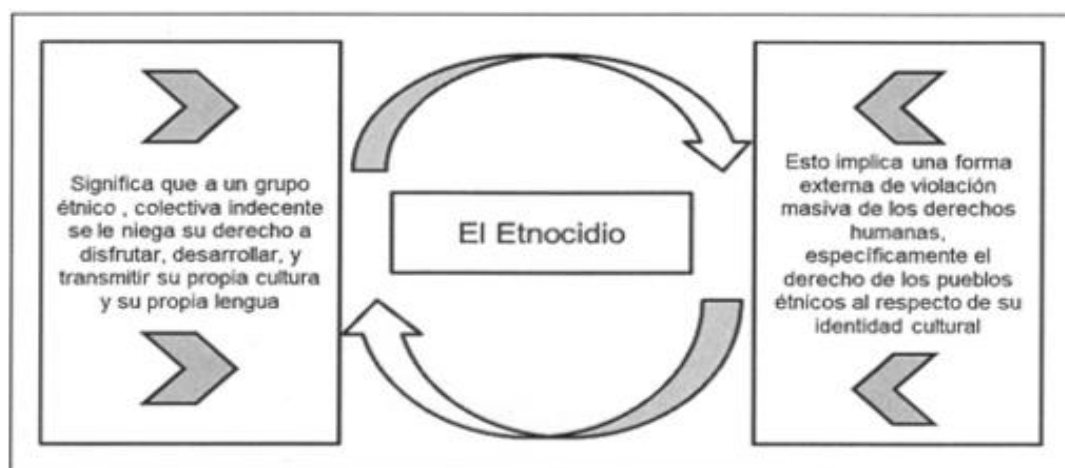
CONVENIO N.º 169 DE LA OIT
Contiene los derechos colectivos de los pueblos indígenas. Está vigente en el Perú desde el año 1995 y el Estado Peruano está obligado a asegurar su cumplimiento.
Son derechos colectivos de los pueblos indígenas:
<ul style="list-style-type: none">▪ Territorio, tierra y recursos naturales▪ Identidad cultural▪ Decidir su propio desarrollo▪ Educación y salud intercultural▪ Participación▪ Respeto a su conocimiento y costumbres tradicionales▪ Consulta previa▪ Decisión

Nota: Adaptado de Convenio 169 de la OIT y los Derechos de los Pueblos Indígenas, boletín electrónico, Ministerio de Cultura, 2017.

Conforme con la premisa legítima de percibir o relacionar a los grupos indígenas, existe una regulación e institucionalidad de los grupos indígenas, a saber:

Figura 15

El Etnocidio



Fuente: Elaboración propia, 2017.

Legislación sobre los pueblos indígenas

Se cuenta con una amplia legislación nacional e internacional sobre los pueblos indígenas, entre ellas:

Tabla 4

Marco Normativo Nacional

MARCO NORMATIVO NACIONAL
<ul style="list-style-type: none">▪ Constitución Política del Perú▪ Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo sobre Pueblos indígenas y tribales en países independientes▪ Resolución Ministerial N° 771-2004/MINSA (2004) se establece la Estrategia Sanitaria Nacional Salud de los pueblos indígenas.▪ Ley N° 28588 (21.07.2005) Incorpora al Servicio Integral de Salud (SIS) a la población mayor de 17 años en situación de pobreza y extrema pobreza (que son en su mayoría las poblaciones indígenas),▪ Plan General de la Estrategia Sanitaria Nacional Salud de los Pueblos Indígenas (2006)▪ Ley N° 28736 (18.03.2006) Protección de pueblos indígenas u originarios en situación de aislamiento voluntario y situación de contacto inicial.▪ Ley N° 29785 (07.09.2011) Ley de Consulta Previa.▪ Decreto Supremo N° 001-2012-MINCUL (03.04.2012)▪ Reglamento de la Ley N° 29785▪ Ley 28736. para la Protección de Pueblos Indígenas u Originarios en Situación de Aislamiento y en Situación de Contacto Inicial▪ Ley 28611, Ley General del Ambiente,▪ Decreto Ley 22175, Ley de Comunidades Nativas y de Desarrollo Agrario de las Regiones de Selva y Ceja de Selva.▪ Reglamento de la Ley N° 28763, Ley para la Protección de Pueblos Indígenas u Originarios en Situación de Aislamiento y en Situación de Contacto Inicial▪ Resolución Ministerial N° 799-2007-MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud: Prevención, contingencia ante el Contacto y Mitigación de Riesgos para la Salud en escenarios con presencia de Indígenas en Aislamiento y en Contacto Reciente▪ Resolución Ministerial N° 798-2007-MINSA, que aprueba la Guía Técnica: Atención de Salud a Indígenas en Contacto Reciente y en Contacto Inicial en riesgo de alta mortalidad▪ Resolución Ministerial N° 797-2007-MINSA, que aprueba la Guía Técnica: Relacionamiento para casos de interacción con indígenas en aislamiento o contacto reciente.

Fuente: Elaboración propia, 2017.

Institucionalidad sobre los pueblos indígenas:

La institucionalidad indígena comprende las entidades, organismos o instancias públicas a cargo de implementar la legislación antes indicada. Entre la institucionalidad indígena se cuenta con:

Tabla 5

Instituciones Encargadas de Implementar la Legislación Nacional

INSTITUCIONES ENCARGADAS DE IMPLEMENTAR LA LEGISLACION NACIONAL
▪ Comisión Especial Multisectorial para las Comunidades Nativas: Decreto Supremo N° 15-2001-PCM (13.04.2001).
▪ Mesa de Diálogo Permanente para las comunidades nativas: Decreto Supremo N° 072-2001-PCM.
▪ Comisión Nacional de salud de los pueblos indígenas amazónicos: Resolución Ministerial N° 192-2004/MINSA (13.02.2004)
▪ Ministerio de Cultura: Ley 29565.

Fuente: Elaboración propia, 2017.

Teorías sobre el derecho a la salud de los pueblos indígenas.

Sobre el derecho a la salud de los indígenas como derecho de persona, Fernández opina

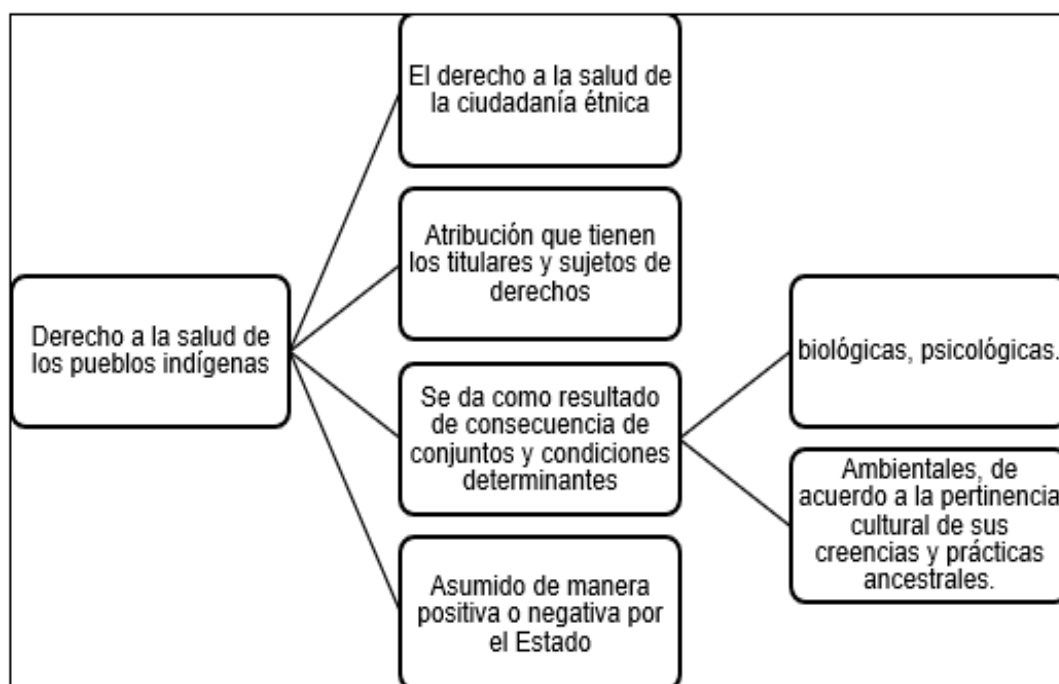
[...] Como característica fundamental el derecho a la salud de los indígenas tiene por objeto de protección jurídica: el ámbito de la persona misma. El objeto de aquellos derechos se encuentra en el mundo intersubjetivo del ser humano, tal motivo no significa que pueda existir confusión entre el sujeto de derecho y el interés materia de tutela jurídica (2009, p.24). La discriminación y la desprotección por parte del Estado de una o más personas producen como resultado la frustración del proyecto de vida de una persona y el crecimiento no económico de su comunidad y coartan la realización de la personalidad humana. , tras su vocación más oculta e incommunicable (2009, p. 472)

Asimismo, se explica que una persona que vive en una comunidad logra alcanzar un alto nivel de bienestar físico, mental y social mediante el desarrollo de sus capacidades funcionales, cuya riqueza radica en los factores sociales (Salleras, 1985, p.68).

El gráfico siguiente detalla los alcances de la conceptualización del derecho a la salud de los pueblos indígenas.

Figura 16

Conceptualización del Derecho a la Salud de los Pueblos Indígenas



Nota: Adaptado de Conceptualización del Derecho a la Salud (p, 20), Tejada, 2017

Para Bermúdez, la identidad cultural de un pueblo está seriamente limitada, por un conjunto de factores sociales, políticos, etc., y en el caso de salvarse estos problemas, la barrera más alta lo constituirá el problema del costo económico para la implementación de políticas de protección y fomento de culturas indígena (2002, p. 93).

Por otro lado, para González (2001), “el objetivo principal de la búsqueda del bienestar coincidirá también con el bienestar espiritual basado en la igualdad, que es producto de la verdad y la justicia.” (p. 78). En las provincias indígenas, la situación de pobreza e indicadores de subdesarrollo humano son extremos, vulnerando el derecho a la salud (Guevara, 2009, p. 66).

“A este divorcio entre la legislación y la realidad sociocultural de una nación latinoamericana se suma el problema del funcionario político administrativo que debe llevar a cabo la aplicación de la ley “(Bermúdez, 2002, p. 92) Ni las autoridades estatales ni los grupos políticos más representativos han sido capaces de formular

un sistema capaz de rescatar a los que sufren exclusión integrándolos en la comunidad nacional. (Gómez, 1990, p. 197)

“Condición por la cual un grupo humano, soporta infra niveles de vida incompatibles con la dignidad humana, excluido de ciertos servicios mínimos y necesarios” (Gómez, 1990, p. 117). Cabe añadir que “Sectores de comunidades campesinas han quedado al margen del desarrollo económico y social, para no citar la existencia de una marginalidad étnica y cultural” (Castro, 1986, p. 94). “Se trata de grupos que socialmente son rechazados o no pueden participar, o no les dan acogida; ello imposibilita que accedan a beneficios proporcionados en la ciudad” (Castro, 1986, p. 95).

Para Guevara (2009, p. 22). “Los mayores índices de pobreza relacionados a la salud, la educación y el menor acceso a los documentos de identidad, se presentan en zonas rurales de Ucayali, cuya población es indígena”. Es decir, el indígena es doblemente vulnerado: en su derecho a la salud y al bienestar. Su situación se agrava toda vez que es pobre.

Figura 17

Factores que inciden en la presentación de la Salud de los Grupos Étnicos

FACTORES QUE INCIDEN EN LA PRESTACIÓN DEL DERECHO A LA SALUD DE LOS GRUPOS ÉTNICOS					
La reducción de sus territorios.	La pérdida de la identidad cultural.	La discriminación racial.	La inequidad.	La universalidad injusta en el acceso de los servicios de salud.	La restricción de su derecho al desarrollo

Fuente: Elaboración propia, 2017.

Como se puede observar en el gráfico, varios factores que afectan la expresión del derecho a la salud en los grupos étnicos son principalmente el control territorial reducido, la posible injusticia, la discriminación racial (un problema común), la pérdida de la identidad cultural y la reducción del desarrollo sostenible.

El solo hecho de declarar su constitución reciente, el marco objetivo de comunidad campesina o nativa, por tanto, abarca a todo el grupo humano y el conocimiento ancestral que lo integra (Bernales, 2012, p. 433).

Todas sus culturas y cosmovisiones tienen lugar en sociedades campesinas e indígenas porque mantienen sus visiones desde una perspectiva histórica, lo que les facilita cambiar el aislamiento en el que han vivido durante tanto tiempo. (Bernales, 2102, p. 433).

El autor destaca que la Constitución admite la existencia legal de las comunidades campesinas y nativas, así como su personería jurídica, además de imponer al Estado la obligatoriedad de respetar su identidad cultural (Peña, 1996, p. 85).

Otro aspecto teórico en este acápite es el referido a las teorías sobre la justicia y salud con enfoque de derechos humanos. Al respecto sobre la teoría de la justicia enfocada a los derechos humanos, González así lo argumenta.

[...]Todas las teorías de los derechos humanos inciden que dentro de su catálogo se exhorten los derechos de la libertad, la seguridad y la participación política, de todos los seres humanos sin excepción (2010, p. 40).

Esta teoría se define como la equiparación o igualdad de los derechos que tiene como ser humano con los no ciudadanos de razas indígenas que no se han cruzado con ninguna otra raza y por lo tanto viven en los territorios andinos o selváticos manteniendo su linaje. Los usos y costumbres de sus antepasados que han sido transmitidos y protegidos a lo largo de los años por sus antepasados quienes tienen los mismos derechos que los mestizos que viven en las grandes ciudades.

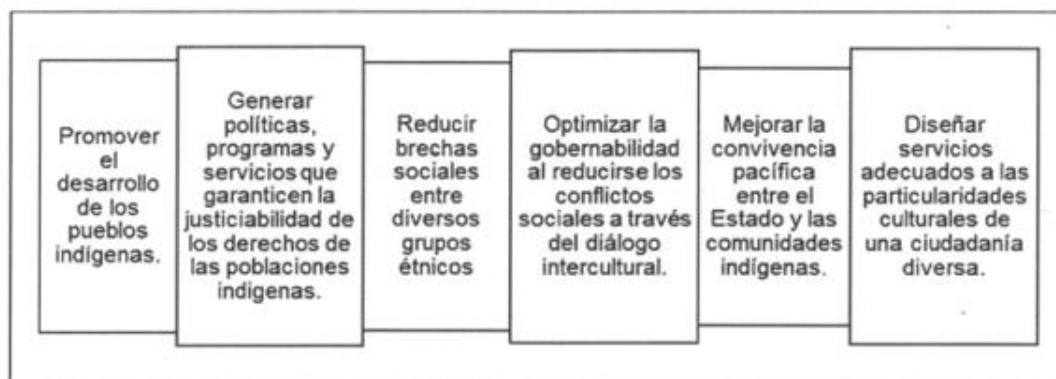
Su debida justiciabilidad es el principal derrotero para que los magistrados hagan efectiva su aplicación, como instrumento y mecanismo a la vez y así pueda reclamarse ante organismos calificados como competentes. (Gonzales, 2010, p.3)

Teorías sobre el derecho a la salud con enfoque de interculturalidad.

De acuerdo a la Norma y Guías Técnicas en salud Indígenas en Aislamiento y Contacto Inicial (2008) la interacción intercultural se basa en comprender y considerar la información, ideas, decisiones, creencias y prácticas de 'otros' y se acompaña de una cooperación significativa entre delegados de diversas comunidades

Figura 18

Significado de Interculturalidad en el Estado.



Nota: Adaptado de Significado de Interculturalidad en el Estado (p.70), Salaverry, 2010.

Cabe además señalar los alcances de la interculturalidad tal como lo entiende el Estado, partir del gráfico siguiente.

De acuerdo a Salaverry (2010) la interculturalidad es una expresión que está en boga recientemente donde se reivindica el respeto del derecho a la identidad cultural de las comunidades oriundas de la nación (p. 81).

Ello propicia un status culturalmente originario a partir de sus propias cosmovisiones (Hvalkof, 2013, p. 139)

Resaltar su importancia facilita su implementación adecuada con pertinencia estatal (Pintado, 2016,s/p)

Según Ramírez (como se refiere en Pintado párr. 4) “Resaltar la extrapolación del concepto de interculturalidad y particularmente de la salud intercultural por tener la misma génesis puede causar un adistamiento, una lejanía entre las poblaciones indígenas, desde las canteras del sector público, debido a los múltiples enfoques y formas particulares de entender y definir qué significa realmente la interculturalidad”.

A pesar del reconocimiento de los derechos indígenas y comunitarios derivados de los estándares internacionales, las perspectivas del concepto transcultural del MINSA son sombrías. Para implementar políticas públicas efectivas en el marco del derecho a la salud, necesitamos entender la salud transcultural de los pueblos indígenas.

Con base en la declaración anterior de Pintado, se puede argumentar que la interculturalidad peruana se usa más desde un punto de vista profesional. Esto se debe a la frágil transversalidad de los enfoques transculturales en las estrategias de bienestar. Después de todo, esta perspectiva que tiene el Estado sobre la interculturalidad es rara y de poca importancia. ¿Cuáles son sus principales sugerencias? Minimización y degradación de la interculturalidad.

Esta es la principal manera de que las redes autóctonas se acerquen a la equidad social. De este modo, la interculturalidad en el bienestar y en todos los ámbitos debería considerarse como una responsabilidad política y no como un dispositivo especializado en el que la genuina correspondencia y la oportunidad individual de las redes nativas se convierten en un factor integral. Para decirlo claramente, cuanto más notable sea el interés del Estado, favoreciendo a sus poblaciones vulnerables, menor será el desequilibrio, la debilidad y la evasión social, debido a los diferentes niveles de separación financiera.

Pintado es consciente de que existen brechas en el sector salud en términos de salud intercultural y capacidades estratégicas interculturales. Esto ha llevado a la incompreensión y, en ocasiones, a la discriminación de los indígenas en función de sus supuestos culturales sobre las políticas de salud desarrolladas en Lima. Tales desacuerdos han resultado en una falta de sostenibilidad adecuada de la atención médica.

Collazos sostiene que el verdadero avance de las estrategias públicas interculturales que inciden en el bienestar de los pueblos indígenas radica en el apoyo y valor agregado de las redes, pues hay inspiración y pleno interés en proyectar sus propios modelos de bienestar en la persistencia milenaria que describe dónde están disponibles la seguridad, la base, la equidad, la equidad y otras mejoras conscientes y dónde no prevalece la contención hostil entre los profesionales de la salud tradicionales y el equipo clínico de salud moderno..

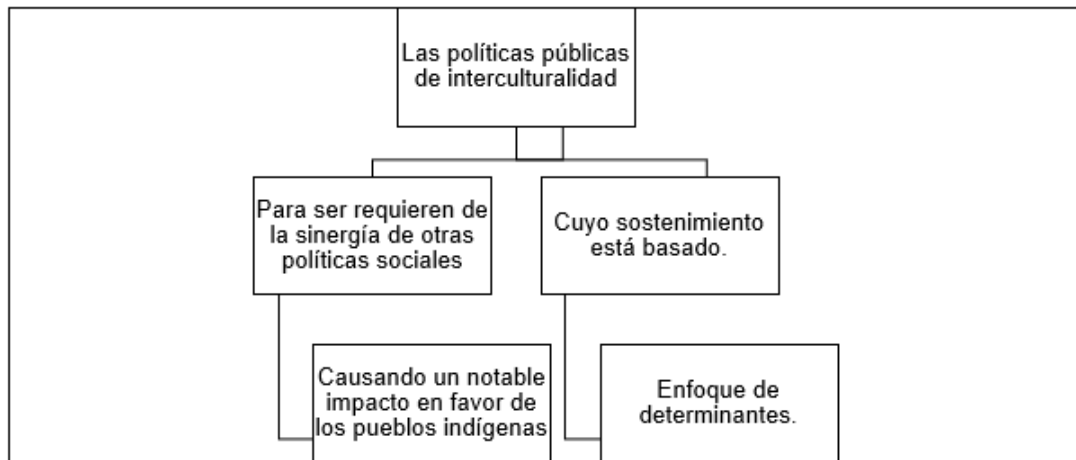
Tanto en Perú como en Latinoamérica, según nuestra segmentación exploratoria, el Estado no está convencido de que sea necesario dotar de provisiones abiertas a los ambientes convencionales y sorprendentemente menos a los elementos prácticos de los grupos indígenas, porque básicamente son las personas las que saben lo básico, sobre bienestar.

Simplemente, al considerar su apoyo mientras se abre una mesa de intercambio intercultural, estas redes nativas podrían contribuir en algún momento con acuerdos explícitos.

De este modo, no habría restricciones a la ejecución de estrategias de bienestar intercultural en regiones donde hay una presencia más destacada de enfermedades transmisibles, o donde hay condiciones sociales que influyen en la solidez de la población nativa.

Figura 19

Políticas Públicas de Interculturalidad



Nota: Adaptado de Políticas Públicas de Interculturalidad, Ministerio de Cultura, 2017.

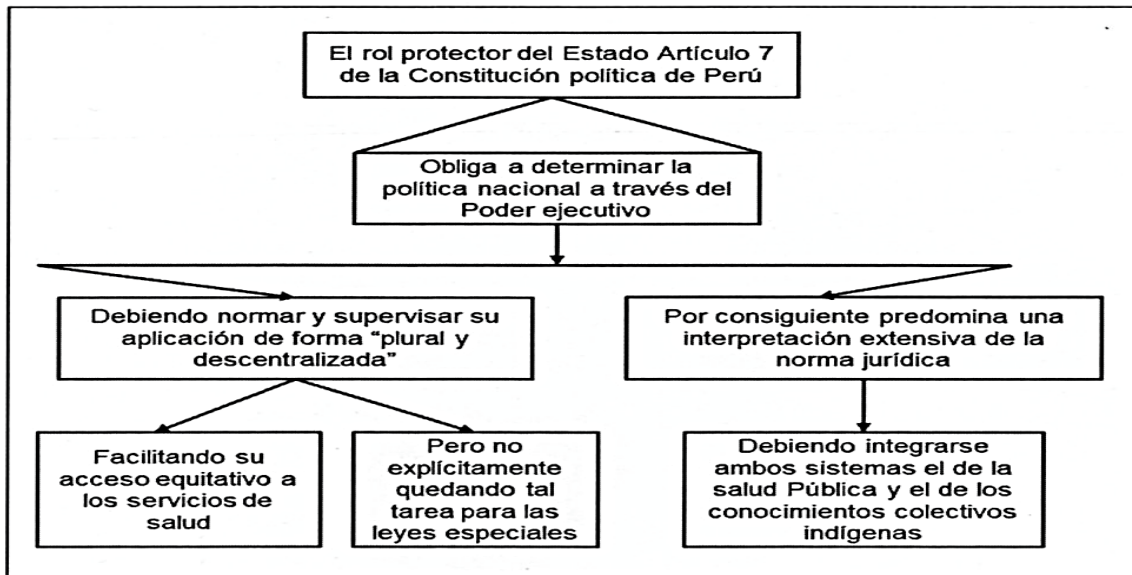
Bases jurídicas de las teorías del derecho a la salud con enfoque intercultural.

El derecho a la salud está configurado en el artículo 10 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en las siguientes disposiciones: específicamente, educando al público para su posible prevención y atendiendo con eficacia las necesidades de salud de los grupos más vulnerables por sus condiciones de pobreza.

Marco normativo que como se observa plantea la protección de los derechos fundamentales desde una perspectiva universal.

Figura 20

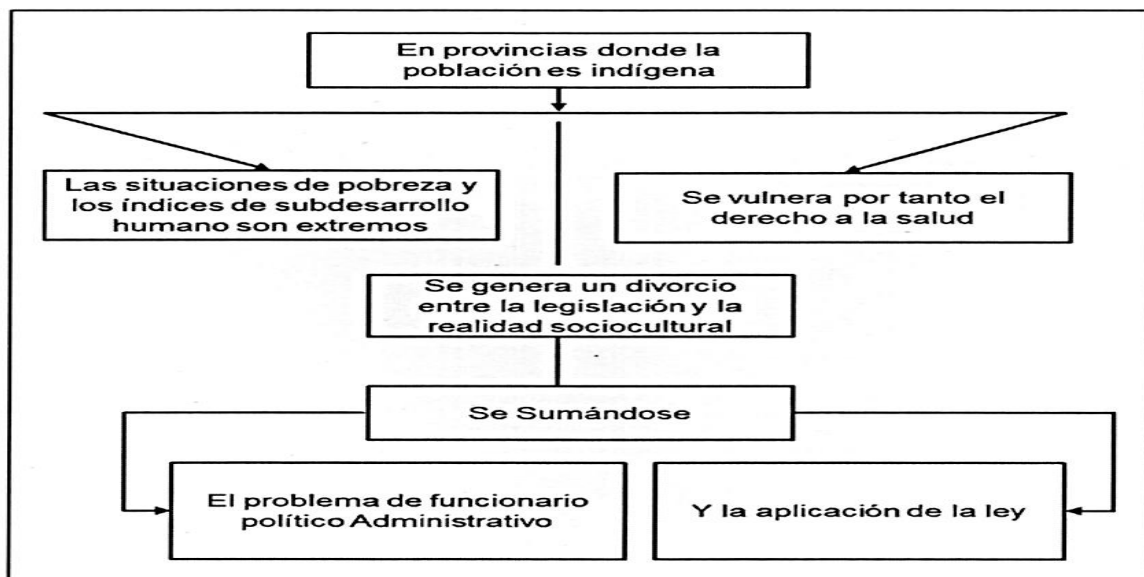
Rol Protector del Estado



Fuente: Elaboración propia, 2017.

Figura 21

Derecho a la Salud y Pueblos Indígenas



Fuente: Elaboración propia, 2017.

Tabla 6

Artículo 10 del Protocolo Adicional a la CADH de DESC

Artículo 10 del Protocolo Adicional a la Convención Americana de Derechos Humanos de Derechos Económicos, Sociales y Culturales	
Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.	
Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud los Estados partes se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho:	<p>La atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad.</p> <p>La extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado.</p> <p>La total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas.</p> <p>La prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole.</p> <p>La educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud.</p> <p>La satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables.</p>

Fuente: Elaboración propia, 2017.

Por otra parte, las libertades incorporan el derecho a un sistema de seguridad del bienestar que ofrezca a las personas oportunidades equivalentes de participar en la norma de bienestar más elevada posible. Asimismo, se centra en la importancia de la integración de la orientación, ya que "la eliminación de la opresión de las mujeres requiere el desarrollo y la ejecución de una técnica pública completa para la promoción del derecho al bienestar de las mujeres a lo largo de toda su vida.

Dicha metodología debe incorporar intervenciones para contrarrestar y tratar las infecciones que afectan a las mujeres, así como estrategias dirigidas a proporcionar a las mujeres acceso a un amplio abanico de prestaciones clínicas adecuadas a sus necesidades.

En cuanto a la ayuda legal pública para el derecho al bienestar intercultural, existen los siguientes Estrategias del Área de Bienestar Intercultural:

Tabla 7

Ejes de la Política de Salud Intercultural

Eje N°	Descripción
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
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
4	Fortalecer la identidad cultural y la participación de los pueblos indígenas u originarios, andinos y amazónicos y de la población afroperuana en los servicios de salud

Fuente: Elaboración propia, 2017.

Siguiendo con el derrotero de lo planteado, a continuación, se llevará a cabo un análisis y apreciación crítica de la Ley de salud dentro del eje normativo nacional

Asimismo, el derecho a la salud intercultural cuenta con la siguiente legislación:

Tabla 8

Legislación sobre Derecho Intercultural a la Salud.

Norma N.º	Título
Decreto Legislativo N° 584 (18.04.90)	Creación del Instituto de Medicina Tradicional (INMETRA).
El Decreto Supremo N° 002-92 SA	Pliego Presupuestal, INMETRA.
Resolución de Presidencia Ejecutiva 097-IPSS-92	Creación del Instituto de Medicina Tradicional del Instituto Peruano de la Seguridad Social.
Resolución Directoral Nro. 001-94 DISURS-I-CALLAO/O6	Programa de Salud de Medicina Tradicional y Terapias Alternativas en el sector del Callao.
Resolución GG487/IPSS/98, (07.05.98)	Programa Nacional de Medicina Complementaria en el Seguro Social.
Ley 27657 (17.01.2002)	INMETRA pasa a ser el Centro Nacional de Salud Intercultural (CENSI).
Resolución Ministerial N° 039-2005/MINSA (18.01.2005)	Constituye la Unidad Técnica Funcional de Derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad en Salud.
Resolución Ministerial N° 598-2005/MINSA (02.08.2005)	Aprueba la Norma técnica N° 033-MINSA/DGSP-V.01 para la Atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural.
Resolución Ministerial N° 638-2006/MINSA (14.07.2006)	Aprueba la NTS N° 047-MINSA/DGPS V.01 Norma Técnica de Salud para la Transversalización de los Enfoques de derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad en Salud.
Resolución Ministerial N° 798-2007/MINSA (20.09.2007)	Se aprueba la "Guía Técnica: Atención de Salud a Indígenas en Contacto Reciente y en Contacto Inicial en Riesgo de Alta Morbimortalidad".
Resolución Ministerial N° 799-2007/MINSA (20.09.2007)	Se aprueba la NTS N° 059-MINSA/INS-CENSI-V.01 "Norma Técnica de Salud: Prevención, contingencia ante el Contacto y Mitigación de Riesgos para la Salud en escenarios con presencia de Indígenas en Aislamiento y en Contacto Reciente.

Fuente: Elaboración propia, 2017.

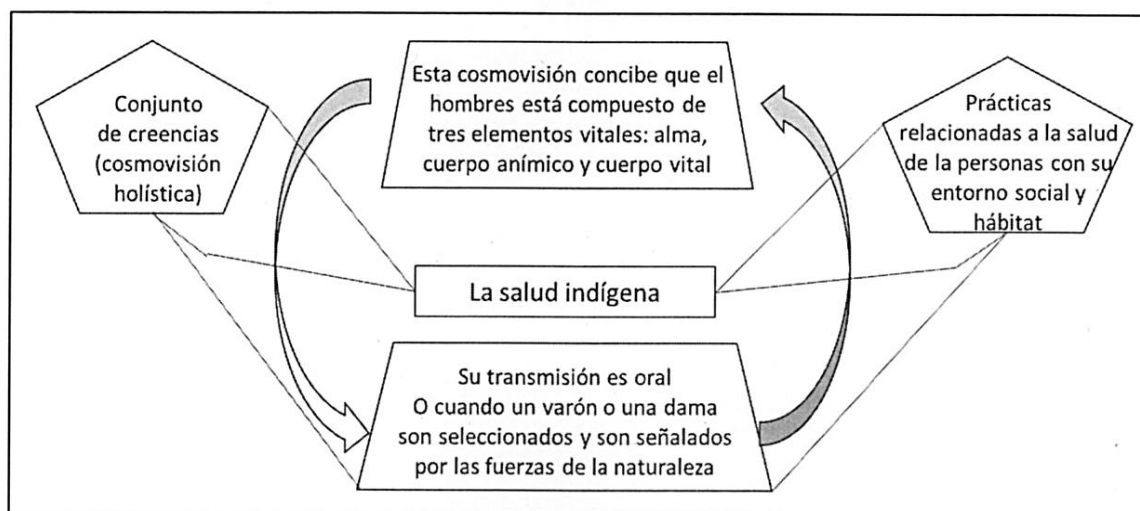
Por consiguiente, cabe señalar que lo sintetizado promueve así su inclusión y su respectiva igualdad de oportunidades.

Teorías sobre la salud indígena y la medicina tradicional.

La salud indígena es un conjunto de creencias (visión holística del mundo), estrategias (conclusión, tratamiento, contrarrestación y reconstrucción) y prácticas (métodos y costumbres, por ejemplo, limpieza con cuy; pago a la tierra, etc.). están relacionados con la fortaleza de las personas con su clima social y territorio; desde los tutores hasta los más jóvenes.

Figura 22

La Salud Indígena



Fuente: Elaboración propia, 2017.

La medicina tradicional es un conocimiento milenario que existe desde el año 3000 a.C., muy hermética y latente en las culturas ancestrales incas, manifestado por ejemplo en la cultura Chimú, cuyo mayor esplendor y prosperidad se refleja en el Imperio Inca. Después de la conquista española, el poder hegemónico de la Iglesia Católica Romana catalogó tales conocimientos ancestrales como prácticas contraídas con el diablo, o mejor dicho, prácticas parasitarias basadas en la herejía y la superstición.

Antes de la conquista española, el Imperio Inca tuvo maestros ancestrales que dedicaron su tiempo a la tipología de enfermedad de base médica más

primitiva. Por ello, nunca fueron revalorizados por el poder hegemónico de la Iglesia Católica. Sin embargo, tales prácticas como en México, a mediados del siglo XVI, fueron calificadas como herejes.

Desde la perspectiva de Grebe, se enmarca como un patrimonio anónimo, parte de una comunidad que preserva el valor humanístico entre terapeuta y paciente. Haciéndose hincapié en el tiempo, el entorno y los miembros de la familia para permitir que el paciente sane a través de una variedad de herramientas terapéuticas, a menudo complementadas con rituales y oraciones a las deidades cristianas y ancestrales.

Para Arredondo, en el sistema cognitivo médico tradicional, el curandero da un efecto simbólico para la rápida recuperación y curación del paciente. (Arredondo, 2006, p. 20).

Los pueblos indígenas tienen una comprensión holística de la salud (donde la enfermedad se considera una manifestación del alma) que difiere de la comprensión biomédica que domina gran parte de los sistemas médicos modernos, con cierta tolerancia hacia las prácticas ancestrales de las minorías étnicas.

Otro aspecto a mencionar es lo referido a la magia y saberes tradicionales.

De acuerdo a Steiner (1975) la magia es el arte de lo sobrenatural, practica realizada por los pueblos primitivos, con fines y propósitos benéficos (p. 98). Las demarcaciones entre lo ideal y lo real son muy indeterminados en las culturas primitivas. Todo parece temible, adorable o posible en un mundo ligado a la ansiedad, pero también relacionado a la esperanza y a la fantasía. (Orbegoso, 1997, p. 65).

En lo que respecta a los profesionales de medicina familiar, se trata de personas que son reconocidas localmente por practicar medicamentos convencionales y tener información sobre el cuidado de la salud tribal, restableciendo, por tanto, la solidez de los individuos de su parentela.

Esta información puede haber sido obtenida a través de la tradición oral o la práctica a largo plazo de sus predecesores o de varias personas en el área. Los especialistas en medicina tradicional o familiar tienen una variedad de nombres,

dependiendo de la práctica que practiquen y la forma de vida a la que se dediquen: Botánico, Curandero, Chamán, Altomisayoc, Yatiri, Vegetalista, Vaporizador (Normas y Guía Técnica de Salud Indígena en Aislamiento y Contacto Inicial, 2008, p.16).

Según Lowie (como se citó en Orbegoso, parr.3) "Tanto la magia como la religión pueden ser correctamente consideradas como portavoces de los antiguos extremos de la cosmovisión humana".

Respecto a las diferencias entre religión y magia, Orbegoso explica que:

(...) La separación se establece en el marco del desarrollo social sólo cuando surgen los primeros estados y gobiernos centralizados, cuando todos los actos de la vida social están legal y políticamente organizados, y se oficializan las relaciones con el mundo sobrenatural. En este contexto, la unión religiosa aparece como un sistema normativo y un código de conducta en el que se aceptan las ceremonias ceremoniales y socialmente sancionadas. De lo contrario, la magia fue pospuesta por creencias, rituales o prácticas que no formaban parte de ningún culto oficialmente establecido. Quienes estaban amortajados, o incluso en situaciones peligrosas, siempre confiaban en los poderes sobrenaturales ocultos de la magia para liberar sus emociones, buscando protección sobrenatural. sobre todo. (1972, p. 65).

Más allá de la ley del orden, cuando el orden jurídico no es lo suficiente se requiere de la ayuda sobrenatural por encima de toda norma social (Salazar, 1968, p. 57). Se puede considerar que la magia se vuelve contra el orden social y busca soluciones fuera de las religiones, recurriendo a poderes sobrehumanos cuando tales prácticas se consideran formas antisociales. (Silva, 1972, p.15)

la magia es un arte práctico por ceñirse a un tipo de conocimiento. En sus propias palabras, la magia saber es poder, fundamento de su naturaleza concreta (Orbegoso, 1997, p. 66). Sobre las creencias y prácticas originarias, Orbegoso sostiene que:

(...) Entre la fenomenología de la cultura, el mito, la magia y la religión son las más difíciles de analizar y las más difíciles de racionalizar. Tenga en cuenta que el mero hecho de verlos como creencias y prácticas religiosas mágicas es parte del contexto

general de la ideología, y que tales conceptos cumplen funciones específicas en varias sociedades (1997, p. 63)

“Aislar la magia de la historia de los pueblos resulta imposible, pues está íntimamente ligada a la forma de vida, costumbres, creencias de toda antigua cultura, como manifestaciones remotas de la humanidad” (Vergara, 1999, p.11).

Sobre el término esotérico relacionados a lo oculto y misterioso, Vergara sostiene que:

[...] El término esotérico es aplicable a todas las disciplinas concernientes a lo arcano, en las cuales se encuentra una gran diversidad de saberes ligados a las artes adivinatorias, al curanderismo, el chamanismo, y la magia propiamente dicha. Por tanto, téngase en cuenta que, en el Perú, se mencionan estos temas porque es una nación esotérica por excelencia, ya que no existe alguna región donde no esté presente la magia (1999, p. 1).

Según el autor, es una de las formas de la religión primitiva. Una serie de rituales destinados a influir en humanos, animales o espíritus imaginarios para lograr un resultado específico (Chinoy, 1998, p. 68). La magia se basa en la creencia de que existe una conexión sobrenatural entre los humanos y el mundo que los rodea (Orbegoso, 1997, p. 65).

Según de la Ferriere (1982, p. 9), "El naturismo es el camino más corto y seguro hacia una vida saludable. Por lo tanto, se ha convertido en una ciencia mundial aceptada por millones", al beneficiar a todas las edades para la salud y el equilibrio mental.

El curanderismo social: “Es la actitud según la cual se pretende resolver los problemas de la barriada, atacando los síntomas y no las causas. El asistencialismo es una forma, la peor, de curanderismo social” (Gómez, 1990, p. 111).

Calvo (2012) consideró que la ayahuasca nos enseña profundos secretos para que el cuerpo y el alma se mantengan en constante espiritualidad (p. 92).

“Investigaciones etnológicas y etnosicológicas, sostienen que en la realidad existe un alma colectiva o un espíritu universal que poseen los pueblos, cuyas

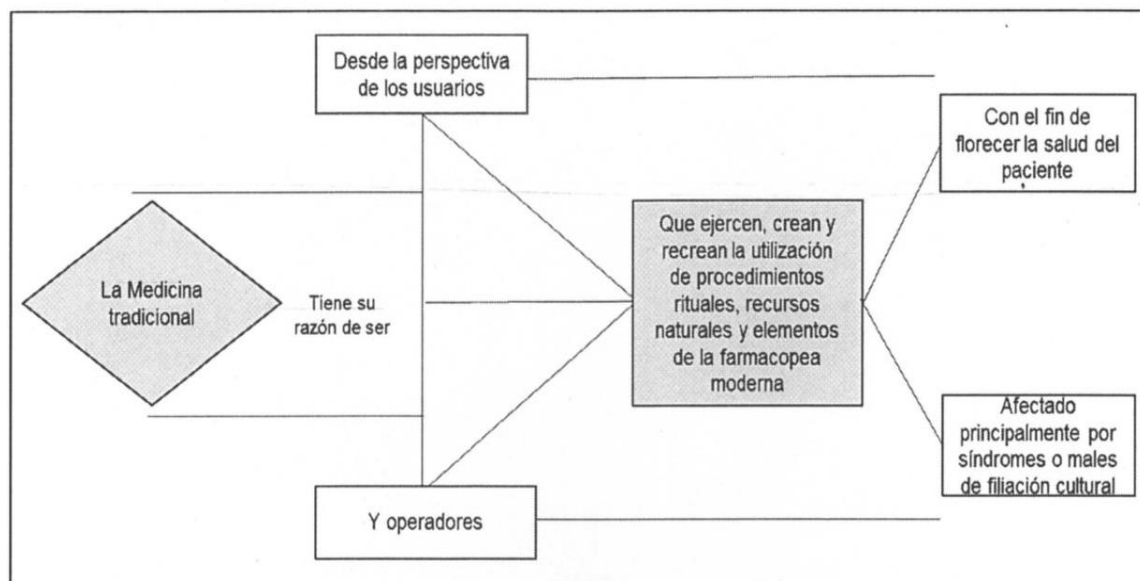
costumbres, representaciones de la fe homogenizan y distinguen al grupo” (Ficher, 1988, p. 78).

Actualmente, el curanderismo gana cada vez más terreno en el Perú, adoptando técnicas y diagnósticos propios del sistema médico occidental, conminándolo en torno a las prácticas de sus antepasados. Por tanto, cabe señalar que los curanderos son grandes innovadores que adoptan un comportamiento sincrético hacia sus pacientes, actuando con destreza y reinterpretando hábilmente la medicina tradicional con la medicina moderna.

La medicina tradicional es principalmente las prácticas de los usuarios y operadores que practican, crean y reproducen el uso de métodos rituales, recursos naturales y elementos de las farmacopeas modernas para restaurar la salud de los ciudadanos que sufren de síndromes culturales. (Pariona, 2014, p.10).

Figura 23

La Medicina Tradicional



Fuente: Elaboración propia, 2017.

Se desprende que, en algunas partes del país, la medicina tradicional varía de acuerdo a su ámbito geográfico. Las enfermedades que padece la gente, ya sea en el norte, centro o sur del país, se denominan síndromes culturales o males de

filiación cultural, cuyo común denominador está presente en el realismo mágico religioso, y en las creencias de sus ciudades.

A partir de lo expuesto por Pariona, Se puede concluir que las poblaciones recrean sus rituales, símbolos de acuerdo a su cosmovisión, adoptando medicinas modernas de salud para la curación a través de sus conocimientos tradicionales, donde las prácticas médicas tradicionales suelen estar basadas en mitos y supersticiones cuya legitimidad. basado en la curación. en la buena fe del pueblo está el *hampiq*, el curandero o chamán, los médicos ancestrales que asumen el mismo rol que el trabajador de la salud, a partir de un enfoque multicultural.

Como mencionamos en Ayacucho, por ejemplo, predomina la figura del médico ancestral, llamado *hampiq* quien se encarga de reestablecer la salud del paciente enfermo al brindarle un mayor florecimiento a su vida (Pariona, 2014, p.4). Las crónicas, después de la invasión española, refieren muy poco sobre la profesión médica en el antiguo Perú; pese a ello, sus estudios aportan información interesante a la numerosa tipología de especialistas en medicina de la época andina (Cabieses, 1982, p. 98)

Desde esta investigación se considera que los estudios de Cabieses son fundamentales porque permiten valorar las prácticas ancestrales realizadas por nuestros antepasados, remontándonos hasta el imperio incaico. De lo expuesto se colige que en tiempos remotos antes de la conquista española, existió una medicina primitiva que supo valorar, antagónicamente, el binomio de la salud- enfermedad.

En resumen, dentro del imperio incaico se practicó una medicina ancestral muy primitivamente, cuyos conocimientos tradicionales lo supieron valorar y sistematizar los antiguos curacas, teniendo acceso a las diversas tipologías de enfermedades culturales, que radicaban de acuerdo a su hábitat natural.

Respecto a otras opiniones sobre la medicina tradicional, la medicina tradicional de origen andino es un conjunto de ideas y creencias populares basadas en el empirismo y la magia (Valdivia, 1986, p.78). No cabe considerar que la medicina tradicional, en pleno siglo XXI, sea calificada como medicina Folklórica, por consiguiente, reducirla a esa categoría es suponer que está atada a un conjunto de ideas y creencias populares, donde la hechicería coexiste con ella.

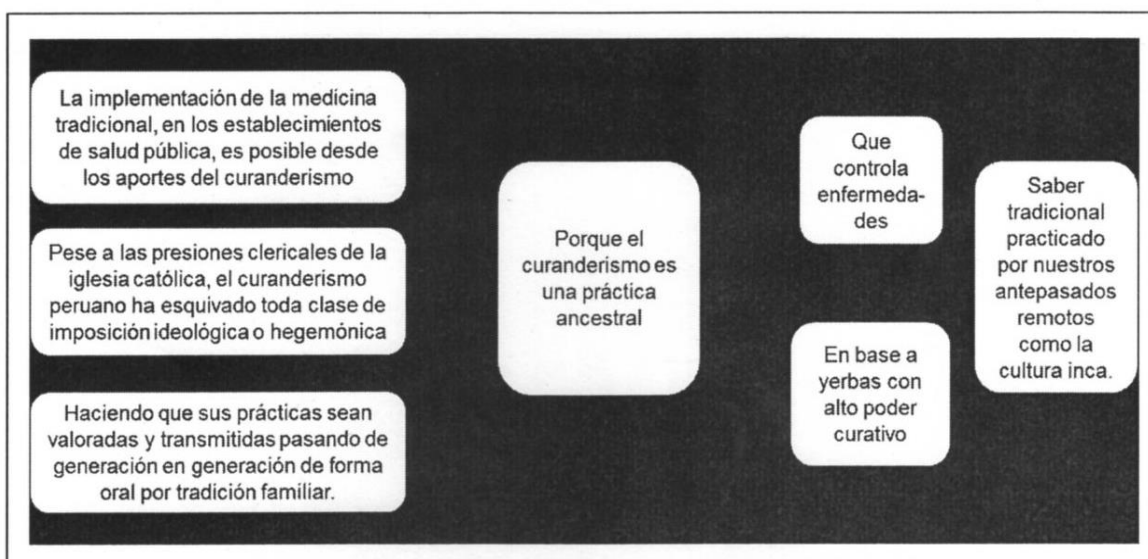
Los estudios realizados por Valdivia en cuanto a la medicina tradicional son muy insuficientes porque solo limitan entre la hechicería y la creencia popular, reduciéndola a una situación psicológica.

Desde tiempos muy antiguos, ya habían existido hombres sabios que supieron muy bien el manejo del San Pedro, una variedad de cactus que se desarrolla en el norte peruano, cuya antigüedad se remonta a 3000 A.C. Por otra parte, el curanderismo, no es una práctica hecha para empíricos, sino para gente destinada a ejercerlo tal como sucedió con Eduardo Calderón, más conocido como el Tuno, puesto que esta práctica tradicional, conlleva en conocer el conocimiento de una variedad de plantas y yerbas curativas (Sharon, 1980, p.21).

Los estudios realizados por Sharon demuestran, para efectos de nuestra investigación, que si es posible la implementación de la medicina tradicional desde un aporte del curanderismo. Una práctica ancestral que contribuye en controlar y contrarrestar la enfermedad en base a yerbas con alto poder curativo. Siendo un saber tradicional que fue llevado a cabo por las culturas pre-incas como Chimú.

Figura 24

Medicina Tradicional y el Curanderismo



Fuente: Elaboración propia, 2017.

Pese a las presiones clericales de la iglesia católica, el curanderismo peruano ha esquivado toda clase de imposición ideológica o hegemónica, haciendo que sus prácticas sean valoradas y transmitidas pasando de generación en generación de forma oral por tradición familiar.

De otro lado, conocer desde un principio las propiedades y los beneficios de la medicina tradicional puede resultar una tarea ardua y compleja, sin embargo a medida que se conozca mejor a sus actores principales, rol asumido por los curanderos u otros agentes tradicionales en salud, podremos permitir que las minorías étnicas puedan satisfacer sus principales problemáticas en cuestión a su salud física, cuyas alteraciones pueden enquistarse tanto en lo emocional, físico y por ende en lo emocional.

Como muy bien señala Polía sus enfermedades se circunscriben a partir de las fenomenologías auxiliadas por espíritus y fuerzas sobrenaturales, que formaban parte de su visión del mundo, aun cuando esta población residía en la sierra del Alto Piura, o en la selva. Estaba en el pico de Ayacucho, donde no había ningún médico presente.

En resumen, los estudios del antropólogo italiano Polía, a mediados de 1989, representan un estudio fructífero donde se manifiesta el poder de la medicina ancestral, así mismo se destaca el relieve curativo del San Pedro, uso tradicional esgrimido por los campesinos de la sierra noreste de Piura. Los síndromes culturales varían en cada zona geográfica del país (en Ayacucho tales como la pacha o enfermedad de la tierra; qayqa o enfermedad de los cadáveres), sin embargo, al no existir un foco de adecuada prevención a partir de un diagnóstico reservado e inmediato el paciente con el transcurrir de los días, meses o años puede morir, por falta de dinero o por la carencia de prioridades (Ayala, 2007, p.78).

En síntesis, si se requiere que en los hospitales o postas médicas dentro del país, existan agentes de medicina tradicional, muy aparte de los conocimientos de salud que poseen los profesionales de la salud moderna hay que tener en consideración que de por medio está latente la vida y la salud de una población que pretende curar sus enfermedades a partir de una óptica más justa, equitativa, solidaria, manifestándose en los arrecifes de la medicina tradicional.

Las políticas públicas de interculturalidad en salud deberían prestar más atención a la diversidad de síndromes culturales que hay en las diferentes regiones del suelo patrio, dado que las enfermedades culturales de una ciudad resulta ser diferente ante otra, mencionándose además que no basta implementar mejores infraestructuras para mejorar la calidad de servicios en salud intercultural a favor de las poblaciones indígenas, sino hay que conocer de cerca la realidad socio biocultural de tales minorías étnicas y al prestar atención a sus necesidades y carencias tales poblaciones, a través de una consulta previa muy originaria y autentica.

El Estado peruano a través de sus autoridades principales en materia de salud pública deben enfocarse más en conocer las diversas fenomenologías de las enfermedades culturales que causan mayor daño en las poblaciones indígenas, a través de mejores lineamientos de estudios etnográficos-antropológicos, creándose mejores reformas en salud para tales poblaciones originarias del país profundo, y no solo contratando mejores profesionales de la salud moderna que desconocen, discriminan, o rechazan, enfáticamente, las practicas ancestrales de un poblador indígena, cuyas ganancias no llegan a alcanzar el mínimo vital.

El Estado peruano, por ser un país pluricultural, predominan numerosos sistemas de salud, considerados no convencionales, cuya concepción de salud varía en una cultura a otra. Por tal motivo, Por lo tanto, la Asociación Mundial para el Bienestar (OMS) afirma que la mayoría de los marcos de bienestar público incluyen al público en general, el sector privado, el sector tradicional y el sector informal, e identifica cuatro áreas principales que deben cumplirse: la disposición de la administración, la edad de los activos, el apoyo y los ejecutivos.

Esencialmente, difunde un paradigma biomédico que concibe al cuerpo, la mente, la sociedad como elementos compartimentalizados, donde cada uno puede existir muy independiente del otro (Zuluaga, 2009, p.255).

El Estado peruano con un enfoque más legalista, considera a la medicina tradicional como un extenso conocimiento milenario basado en el uso de plantas, animales, plantas o terapias minerales, técnicas manuales y ejercicios que pueden aplicarse de manera individual o colectiva, cuya práctica ejercida se transmite oralmente, cuyo soporte principal es la cosmovisión que existe en el entorno de las comunidades indígenas.

La medicina tradicional en los últimos años viene cobrando una mayor importancia por ser un tratamiento alternativo que se adecua a las necesidades y a la experiencia cotidiana de los actores sociales; donde predomina mayormente la dualidad simbólica y la eficacia curativa de sus componentes cuando el paciente, asume un comportamiento sincrético en vista que el sistema médico actual no cumple con sus esperanzas de vida en torno a la pronta recuperación de su salud.

La cosmovisión es producto de la realización histórica de pensamientos y creencias que condicionan la percepción de la realidad y orientan hacia ella con tal de aprehender el universo.

De acuerdo a Cloudsley, se concluye que el sistema tradicional es opuesto al sistema médico imperante mientras surja esta polaridad será un trabajo extenuado y forzado para los Estados, cuando se pretenda la horizontalidad entre ambos sistemas, ya que estos sistemas de salud están conformados por una gama de conocimientos opuestos, el modelo imperante que se constituye por ser un modelo biomédico, y el tradicional que concibe a la enfermedad como una manifestación del alma.

Cáceres determina que, en el Perú, las poblaciones indígenas como las poblaciones correspondientes a las ciudades de Ayacucho, Cuzco o Piura adolecen mayormente de síndromes culturales, es decir, enfermedades de filiación cultural que afectan a una determinada colectividad, males basados en las costumbres y en las divinidades de espíritus o entes malignos que alteran su salud, cuando quebrantan la convencionalidad de su espacio geográfico.

Arredondo señala que la principal falla del modelo biomédico que revela el sistema oficial de salud, además de su enfoque en la prevención de enfermedades como malaria, infecciones respiratorias agudas, tuberculosis y diarrea, es el síndrome cultural. de comprensión de la diversidad fenomenológica que interpreta la enfermedad, la desnutrición, el alcoholismo, la drogadicción, las enfermedades crónico degenerativas, el SIDA, el suicidio y más desde perspectivas y prejuicios que, en algunos casos, conducen a un inmenso racismo

Los únicos encargados de combatir estos síndromes son los llamados curanderos. Esto da como resultado un comportamiento sincrético, es decir. si uno de los dos sistemas se deteriora o no tiene efecto curativo, se utiliza el otro hasta que el paciente encuentre una mejor esperanza de vida para su salud.

En el modelo holístico que se refleja en la medicina tradicional, el curandero o agente de salud tradicional son quienes asumen un poder inmediato al tener la potestad suficiente para dirigirse a la sociedad y a los actores sociales cuando el enfermo siente que va perdiendo las esperanzas de vida, en cuanto a la gravedad de su salud.

La base jurídica de las teorías sobre la salud indígena y la medicina tradicional está conformada por un significativo número de dispositivos legales, entre ellos:

Tabla 9*Legislación sobre la Salud Indígena y la Medicina Tradicional.*

NORMA NRO.	TÍTULO
Decreto Legislativo N° 584 (18.04.90)	Creación del INMETRA.
Resolución de Presidencia Ejecutiva 097-IPSS-92	Creación del IMET-IPSS.
Ley N° 26842 (1997).	Ley General de Salud: En el Título Preliminar XVII, establece la promoción de la medicina tradicional es de interés y atención frecuente del Estado.
Decreto Supremo N° 010-97	En la que las plantas medicinales reciben la denominación de Recursos Terapéuticos Naturales (RTN) de uso en salud. Entre los requisitos para su registro sanitario, se daba un plazo de 180 días para la presentación completa de los documentos; sin embargo, la presión de las empresas de este rubro consiguieron prorrogar el plazo sucesivamente, hasta que gracias al D.S. N° 004-99 que suspende por dos años la presentación de los documentos como la monografía, el certificado de especia vegetal, etc. para la obtención del Registro Sanitario del RTN, dejando así a un lado las exigencias del Estado hacia las empresas que garantizaban un mínimo de investigación y de responsabilidad social. Finalmente, en el 2000 con el D.S. N° 004-2000 se consiguió modificar el D.S. 010-97 y simplificar los requisitos necesarios para realizar el Registro Sanitario del RTN.
Decreto Supremo N° 001-2003-SA	El CENSI es el ente oficial gubernamental con competencias específicas en materia de MT.

Decreto Supremo N° 013-2006-SA.	Reglamento de Establecimientos de salud y Servicios Médicos de Apoyo. En el Título tercero se menciona a los Centros de Medicina Alternativa.
Resolución Ministerial N°134-2008/MINSA.	Reconocimiento oficial a la Asociación Peruana de Acupuntura y Moxibustión.
Resolución Ministerial N° 2007-2011/MINSA. (18.03.2011).	Constituyen Comisión Sectorial de Medicina Alternativa y Complementaria (COMAC) para que proponga un marco normativo de creación y categorización y acreditación de los servicios de Medicina Alternativa y Complementaria.
Resolución Ministerial N° 544-2011/MINSA,	Modifican la R.M. N° 207-2011/MINSA sobre la conformación de la Comisión Sectorial de Medicina Alternativa y Complementaria (COMAC).
Resolución MINISTERIAL N° 207-2011/MINSA	Constituyen Comisión Sectorial de Medicina Alternativa y Complementaria (COMAC), para que proponga Marco Normativo en el Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.
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° 28216	Ley de protección al acceso a la diversidad biológica peruana y los conocimientos colectivos de los pueblos indígenas.
Decreto Supremo N° 008-91-TR	Aprueba el Reglamento de la Ley General de Comunidades Campesinas.

Decreto Supremo N° 068-2001-PCM	Aprueba el Reglamento de la Ley sobre la Conservación y Aprovechamiento Sostenible de la Diversidad Biológica.
Decreto Supremo N° 022-2006-PCM	Aprueba el Reglamento de la Ley de Protección al Acceso de la Diversidad Biológica Peruana y los Conocimientos Colectivos de los Pueblos Indígenas.
Resolución Ministerial N° 589-2007/MINSA	Aprueba los Lineamientos de Política Nacional de Salud.

Fuente: Elaboración propia, 2017.

Teorías sobre el derecho a la consulta previa y derechos de los pueblos indígenas.

El gráfico siguiente detalla los alcances legales y conceptuales sobre el derecho a la consulta previa.

En cuanto a la Declaración sobre las Libertades de los Pueblos Indígenas, este anuncio, respaldado por el Objetivo n° 61/295, establece en su Artículo 1 el "derecho, como grupos de personas o como personas, a la felicidad plena en relación con todas las libertades comunes y oportunidades esenciales percibidas en la Sanción de los Países Unificados, la Declaración General de Libertades Básicas y la regulación global de las libertades básicas".

Figura 25

Derecho a la Consulta Previa y su Finalidad

Derecho a la consulta previa	▪El Estado peruano aprobó la Ley de Consulta Previa en el año 2011, su reglamento en el año 2012, estableciendo los procedimientos para el ejercicio de la consulta previa.
La consulta previa	▪Es un diálogo entre el Estado y los pueblos indígenas, su finalidad consiste en llegar acuerdos sobre medidas administrativas y legislativas que pudieran afectar derechos colectivos, tales como el derecho al territorio, recursos, conocimientos tradicionales o a la salud de los pueblos indígenas.

Fuente: Elaboración propia, 2017.

En base a lo expuesto, señaló que se da prioridad y fortaleza a las instituciones públicas, teniéndose como núcleo fundamental a la población para que actúen con determinación propia.

En tal sentido, el etnocidio radica no sólo en el exterminio parcial o total de los grupos étnicos, sino también en la negación del derecho al desarrollo de estos grupos vulnerables. El simple hecho de negar su cosmovisión, costumbres y saberes tradicionales es una forma de vulnerar sus derechos humanos, más aún cuando dicha vulneración proviene de sectores conservadores o castas extremadamente dominantes que se oponen a su existencia digna. sus derechos fundamentales.

Por otro lado, la Declaración de Barbados I afirma el derecho de los pueblos indígenas a ensayar y conocer sus propios planes de autogobierno, mejoramiento y seguridad.

Albarracín considera que no basta con que estos grupos de personas tengan una gran población demográfica, y mucho menos que se defina su tamaño y alcance, para proteger los derechos fundamentales de los pueblos indígenas, creemos que se trata de potenciar su eficacia en lugar de Su legitimidad, su eficacia y su nivel de legitimidad sin que ello implique una pérdida de su cosmovisión.

III.METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de investigación

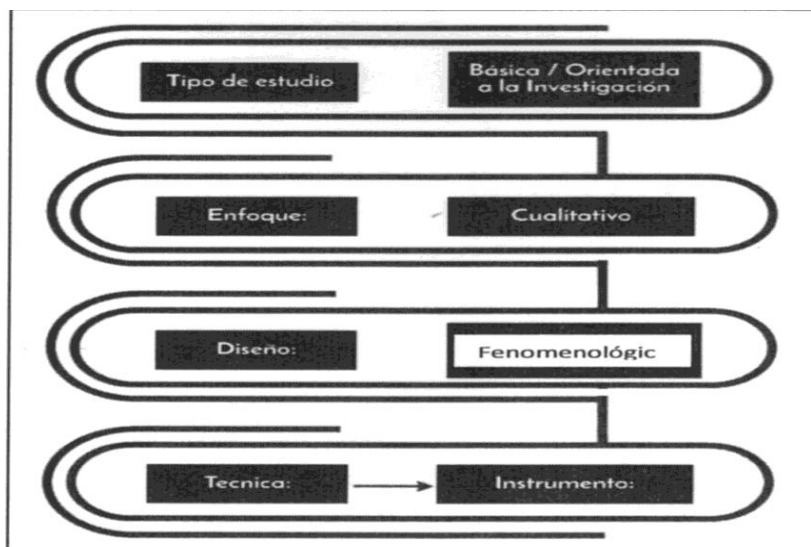
Dado que es de orientación básica y el fin que se persigue, Valderrama (2007) sostiene que encuentra información con la peculiaridad de ser novedosa y atractiva, y luego selecciona esta información de manera ordenada, posteriormente por desarrollar. (pág. 38).

“No persigue el fin de utilizar directamente los conocimientos adquiridos, sino que se esfuerza por ampliar los conocimientos teóricos para el desarrollo ulterior de la ciencia, sin interés directo en sus posibles aplicaciones o resultados reales”. (Gonzales et al., 2011, p. 141)

Es básica porque no tiene como propósito solucionar problemas, sino más bien pretende desarrollar aspectos inconclusos e inacabados a nivel jurisprudencial, doctrinal y legal de las poblaciones más vulnerables en el Perú.

Figura 26

Marco Metodológico



Fuente: Elaboración propia, 2017.

Por tanto, lo expuesto se rige bajo este tipo de investigación, porque se relacionan con nuevos conocimientos porque buscan ampliar la teoría en lugar de basarse en resolver una gama limitada de problemas en aras de la generalización.

De igual manera, el nivel de exploración resulta ser atrayente y llamativo en el sentido de que el profesional puede definir claramente las características de su trabajo y ejercerlo a su conveniencia en cualquier momento con el fin de conseguir un empleo estable (Hernández, Baptista y Fernández, 2006, p. 102).

El postulado actual tiene una interesante extensión, a través de la cual generalmente elabora su enfoque sobre la particularidad y evalúa al menos una de sus propiedades (Valverrama, 2007, p. 17).

También se conjetura que las extensiones subliminales deben indicar información sobre clases, rasgos y unidades de prueba importantes. En consecuencia, representándose mediante tendencias en asociación o población (Carrasco, 2007, p. 41).

"La exploración característica describe la información y las cualidades de la población o peculiaridad objeto de estudio" (Gonzales et al., 2011, p. 142).

Por los alcances de la investigación es descriptiva porque su propósito es caracterizar los componentes de la realidad o las propiedades de un fenómeno y dedicarse al estudio de variables para desarrollar una correcta conceptualización.

En el transcurso de su desarrollo se intenta esclarecer al máximo los temas de investigación, se analizan, describen, cuestionan y critican las características de las unidades de investigación o variables que componen la investigación actual.

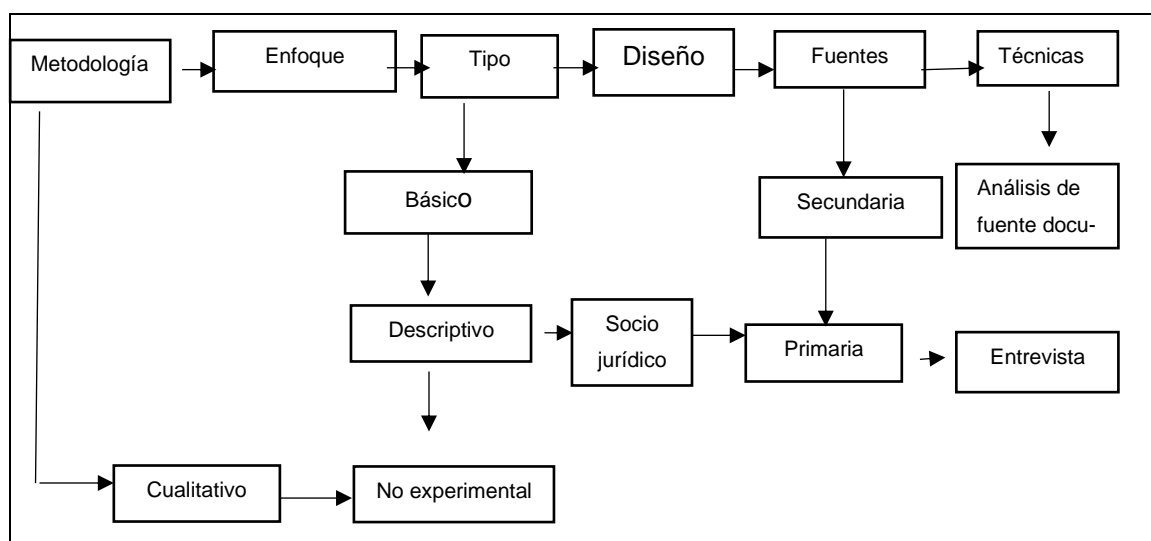
Al no manipularse la variables considerándose como no experimental (Ramírez, 2005, p. 47), significa que su observación sólo está limitada en relación a una determinada situación específica.

Finalmente, la investigación tiene un enfoque cualitativo porque se centra en analizar de manera efectiva sus implicancias sociales. (Bonilla y Rodriguez, 2005, p. 90)

Para comprender el sistema de este trabajo de exploración, se proporciona un diagrama de flujo estratégico para una legítima comprensión del mismo.

Figura 27

Flujograma Metodológico



Fuente: Elaboración propia, 2017.

En cuanto a Sánchez y Reyes (1998), sostienen que un diseño de investigación se plantea de forma tan ordenada que el investigador lo aplica controlando variables, conectándolas, observándolas y pudiendo alcanzar el objetivo planteado (p. 57).

Hurtado, J. (2000) muestra que la estructura de la investigación involucra supuestos. Por ejemplo, cuándo y dónde se hace una buena selección de datos, los mismos que se utilizan para responder las preguntas de los exámenes en los que se basa la investigación (p. 102).

Se realizan comparaciones para determinar en los planes de exploración los puntos y métodos en los que se produce el intercambio y entrega de información, según supuestos recomendados. De forma simplificada, la planificación, abordada en el trabajo exploratorio, es una técnica que busca responder a las preguntas planteadas en Riesgo de Revisión.

Por el diseño el presente trabajo de investigación es de tipo socio jurídico porque parte de un contexto de situación cultural específico analizado desde el respeto a las normas que lo reconocen, regulan y protegen, en este caso los pueblos indígenas. El diseño de la investigación socio-jurídica se presenta como

un estudio descriptivo, reflejando los resultados para brindar una explicación, tanto jurídica como fáctica, así como su discusión dialéctica, para construir un diseño viable. comprender la problemática que plantea la medicina tradicional y el derecho a la salud intercultural y asegurar sus impactos sociales.

3.2. Categorías

Categoría 1: Medicina Tradicional.

Definición Conceptual: La medicina tradicional es un saber ancestral que existe desde hace 3000 A.C muy latente en las culturas pre-incas, de modo ejemplar manifestándose en la cultura Chimú, siendo su máximo esplendor y florecimiento en el imperio incaico. Después de la conquista española, tales saberes ancestrales fueron calificados por el poder hegemónico de la iglesia católica como practicas pactadas con el diablo, o mejor dicho prácticas.

Sub-Categorías: En la presente investigación se encontraron los siguientes indicadores: Curanderismo, cosmovisión holística.

Categoría 2: Derecho a la Salud.

Definición Conceptual: El derecho a la salud puede definirse como un campo jurídico que rige las relaciones jurídicas con la salud humana como objeto de protección y la salud, entendiendo la salud como una relación armónica que incluye un estado de bienestar físico, psíquico y social, se logra en condiciones que garantizar la estabilidad de este equilibrio.

Sub-Categorías: En la presente investigación científica se encontró los siguientes indicadores: Derecho a la Salud como Política Pública y la Salud Intercultural.

Tabla 10

Categorización

Categorías	Sub Categorías
Salud intercultural	Pueblos indígenas, legislación, institucionalidad indígena, Ministerio de Salud, Ministerio de Cultura, Instituto Nacional de Medicina Tradicional, ESSALUD, curanderos, creencias ancestrales, hierbas, política pública, enfoques, consulta previa
Medicina tradicional	Pueblos indígenas, legislación, institucionalidad indígena, Ministerio de Salud, Ministerio de Cultura, Instituto Nacional de Medicina Tradicional, ESSALUD, curanderos, creencias ancestrales, hierbas, política pública, enfoques, consulta previa

Fuente: Elaboración propia, 2017.

3.3. Escenario de estudio

El estudio se ha enmarcado en la provincia de Lima, compuesto por las instituciones del Tribunal Constitucional, Poder Judicial, Ministerio de Salud, Ministerio de Cultura y Defensa Pública.

3.4. Participantes

Nuestro proceso de investigación ha estado constituido por 3 Abogados, 2 Abogados constitucionalistas, 1 abogado especialista en derecho indígena, 1 especialista en políticas públicas de interculturalidad en salud.

Tabla 11

Población y Muestra

Personas	Cantidad
Abogados	3
Abogados constitucionalistas	2
Abogados especialistas en derecho Indígena	1
Especialistas en políticas públicas de interculturalidad en salud	1
Total, muestra	7

Fuente: Elaboración propia, 2017.

Todos los anteriormente mencionados serán entrevistados al azar, teniendo todos ellos sus establecimientos de consultoría especializada en Lima.

Categorización de Sujeto: La presente investigación se realizará a través del análisis doctrinal y legal de la importancia de los derechos a la salud de los pueblos indígenas y las curas ancestrales y prácticas afines a la medicina tradicional, con el único fin de poder brindarles buenos servicios médicos de acuerdo con sus costumbres. y creencias a los miembros de la comunidad indígena residente en el interior del país.

3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Técnicas e instrumentos de recolección de datos: En metodología, se enfoca en las herramientas en general, que son los procedimientos relativos a ser realizados por el investigador. (Yuni y Urbano, 2006, p. 31)

La Universidad Latinoamericana de México (2014) menciona que los métodos son procedimientos que sirven de base para abordar el tema de

investigación y se apoyan en herramientas para almacenar información para su posterior procesamiento. (p.50)

Por lo tanto, utilizar cualquier método de investigación requiere herramientas para preservar la información almacenada. Para que esta información sea procesada y analizada de acuerdo a los objetivos de la investigación. Así, se recopilan datos e información, que deben convertirse en las principales fuentes de investigación, utilizando las siguientes herramientas:

Tabla 12

Instrumentos de Recolección de Información

INSTRUMENTOS
a) Fichas bibliográficas
b) Fichas de resumen
c) Fichas de análisis
d) Cuestionarios
e) Entrevistas a expertos

Fuente: Elaboración propia, 2017.

a) Técnica de análisis de fuente documental

Asimismo, durante el análisis de la documentación, en primer lugar, se seleccionan los documentos normativos mencionados como parte de los derechos de acceso que los pueblos indígenas necesitan para prosperar como pueblo, generalmente en base a los estándares internacionales existentes, fundamentos humanos, principios de derechos en la constitución peruana, leyes nacionales de los pueblos indígenas.

La clasificación se entenderá como parte del ordenamiento jurídico, como el derecho internacional de los refugiados y sus derechos básicos en el país.

b) Técnica de la entrevista

Esta técnica debe estar orientada a que la entrevista sea una acumulación y difusión póstuma de los aportes de la investigación científica al problema en estudio.

Entre los expertos se habla de cinco temas que se concentran en cada justificación de la pregunta para no caer en declaraciones de barrido, temas que en ese momento se hace referencia en base a los temas planteados.

c) Instrumentos de recolección de datos

Valderrama (2013) son los medios necesarios para recaudar toda tipología de información a través de guías de entrevistas, pues, sólo así se podrá sumar la información más selecta e indicada. (p. 25)

d) Análisis de fuente documental

Para Muñoz, el análisis documental es el estudio de hechos cronológicos a través de diversos documentos, basados en opiniones y conceptos de eminentes autores, sobre los cuales el investigador proporciona una base adecuada para la investigación, tanto formal como por escrito. (1998, pág. 203).

La Guía de Análisis Documental es un documento necesario para la elaboración de este análisis y, en caso de existir opiniones, definiciones o preceptos, ayudará en la investigación para sustentar el trabajo sobre los resultados.

Tabla 13

Análisis Documental.

N°	NOMBRES	VARIABLES DE CALIFICACIÓN DE PERTINENCIA	FUENTES DEL DERECHO	TÉCNICAS DE INTERPRERETACIÓN
01		Muy congruente Congruente No congruente Nada congruente	ley Jurisprudencia Derecho comparado Doctrina Principios Generales del Derecho	Costumbre Análisis hermenéutico Análisis exegético Análisis teleológico

Nota: Adaptado de Análisis Documental, Moscoso, 2017.

e) Guía de la entrevista

De acuerdo a Quintana (2006, p. 24) la guía de entrevista es un derrotero específico siendo muy formal y organizado para proyectar preguntas sumamente abiertas.

Las preguntas, por tanto, deben ajustarse a los objetivos de la exploración, siendo sumamente organizadas y justificadas de la mejor manera posible para que el entrevistado pueda responder a los datos idóneos.

3.6. Procedimiento

Por lo que el instrumento es válido en su aplicación.

Estrategia para la investigación de datos: los científicos se limitan a describir las características de la investigación porque la investigación es subjetiva e involucra técnicas de investigación de información de fuentes basadas en texto para mejorar la investigación, la observación y la comprensión. Por lo tanto, se utiliza una estrategia de investigación bien definida (Hernández, Baptista & Fernández, 2006, p. 102).

La investigación actual se lleva a cabo a través de una gran cantidad de información enviada por expertos, así como datos de otras encuestas que son la principal fuente de información para la investigación actual.

Del mismo modo, utilizamos la investigación y las reuniones con expertos para traducir sus resultados, conversaciones y objetivos de forma individual, realista y rigurosa.

Posteriormente, una vez recolectadas las encuestas y entrevistas, así como otros datos documentales, por diversas fuentes, haremos una comparación de las mismas.

3.7. Rigor Científico

Rigor científico: Todo el instrumento usado ha sido avalado, supervisado y corregido por los expertos en la materia, plasmando la unión de aportes y opiniones.

Esa es la importancia del instrumento para fines de calibración. Es decir, la capacidad, métodos y efectos de adquisición de beneficios que ameritan su cuantificación (Sánchez y Reyes, 2002, p. 153).

Con base en la información proporcionada por los expertos, las consecuencias del juicio de legitimidad del instrumento de reunión se muestran en el cuadro adjunto:

En función a la validación desarrollada por los docentes mencionados, del instrumento se ha obtenido una confiabilidad del 93%, por lo que el investigador procedió aplicar la entrevista en función a la guía de interrogantes validadas y aprobadas.

Tabla 14

Validación.

VALIDACIÓN		
ESPECIALISTA	ESPECIALIDAD	GUÍA DE ENTREVISTA
Dr. Jorge Figueroa Rodriguez	Metodológico	95 %
Dr. Aceto Luca	Temático	95%
Mag. Israel Ballena	Temático	90%
	Promedio:	93%

Fuente: Elaboración propia, 2017.

Para este análisis, aplicamos lo siguiente para determinar la satisfacción de los expertos:

Tabla 15

Nivel de Satisfacción de Expertos

NIVEL DE SATISFACCIÓN DE LOS EXPERTOS		
Satisfacción:	93	
Numero de expertos	3	$\frac{93}{100} = 0,93$
Ítem de evaluación	100	

Fuente: Elaboración propia, 2017.

En atención a ello, se tiene: 80% de satisfacción, lo que equivale a 80 % de validez.

3.8. Método de análisis de datos

Siendo la investigación cualitativa se utilizó el presente método de análisis descriptivo (Hernández, Baptista, & Fernández, 2006, p. 102).

Para su realización se llevó a cabo mediante la recolección de datos expresados por los expertos, así como información de otras investigaciones, constituyéndose como fuente primaria de la presente investigación.

Asimismo, utilizaremos entrevistas a expertos acudiendo a la interpretación gráfica y literal de sus resultados, discusión y conclusiones respectivamente. Una vez recolectadas las entrevistas, así como otros datos documentales, por diversas fuentes, realizaremos una comparación de las mismas.

3.9. Aspectos éticos

Aspectos éticos: Para Huamanchumo y Rodríguez (2015), la investigación científica debe tener como objetivo el estudio de las cuestiones sociales, económicas, para su financiamiento en beneficio de la sociedad y las organizaciones. Es decir, debe tener como objetivo identificar la causa del problema y dar una solución científica al problema que se investiga. Cualquier investigación no debe violar los principios éticos y morales (p.199).

La investigación científica actual se basa en un enfoque cualitativo y, dado que se realiza con respeto a los métodos científicos, siendo consistente con los fundamentos técnicos de la investigación cualitativa. Todo lo mencionado tiene derechos de autor y se cita de acuerdo con los estándares APA.

VI.RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Resultados

Descripción de los resultados: Se analizarán a partir de una variedad de fuentes estudiadas, consultadas y analizadas que incluyen leyes, marcos teóricos, jurisprudencia y entrevistas a expertos. De este análisis se desprende que el conocimiento de los pueblos indígenas sobre los tratamientos y su salud ancestral es extenso y diverso.

También cabe señalar que este conocimiento se ha practicado desde tiempos inmemoriales y ha permitido la supervivencia de los seres humanos y otras especies. El Perú por ser una nación pluricultural con civilizaciones milenarias, posee una enorme riqueza y conocimiento al respecto. Por tanto, queda protegerlo y preservarlo.

Resultado del análisis de la legislación: Como resultado del análisis de la normativa sobre el derecho a la salud, se efectuó el análisis de la legislación internacional y nacional.

a) Análisis de la legislación internacional sobre pueblos indígenas y derecho a la salud intercultural

En la legislación internacional se identificó que el Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966) señalando que medidas deben tomarse para asegurar la plena vigencia del derecho a la salud, figurando las más elementales y necesarias para:

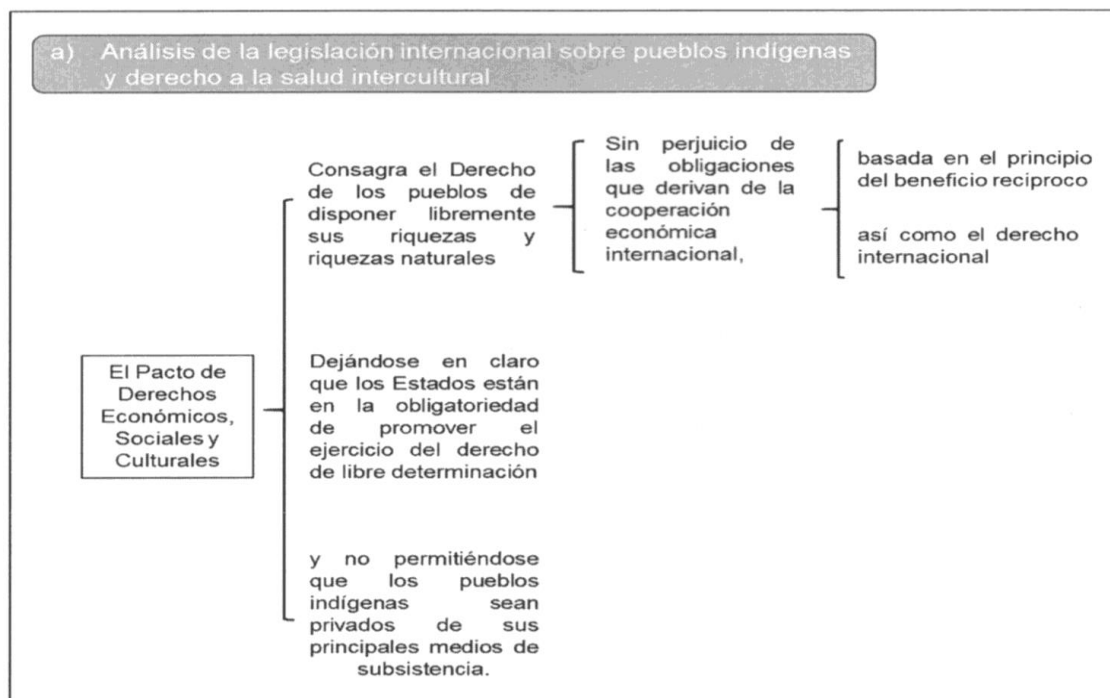
- a) Reducción de la mortalidad y la mortalidad infantil y desarrollo saludable de los niños;
- b) Mejoramiento de la salud ocupacional y ambiental;
- c) Prevención, tratamiento y control de enfermedades epidémicas, endémicas, ocupacionales y otras;

Desde nuestra opinión que coincide con Albarracín, tanto el Pacto de Derechos Civiles y Políticos (1966) y el Pacto de Derechos Civiles y Políticos (1976). Estos documentos claves nos valieron de base para la posterior consagración de los derechos indígenas, incluyendo la educación y la cultura.

Personalmente, considero que ambos acuerdos afirman el derecho de los ciudadanos a la libre determinación, el derecho a determinar libremente su situación política ya perseguir sin trabas su desarrollo económico, social y cultural.

Figura 28

Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.



Fuente: Elaboración propia, 2017.

Considero que al promulgarse el Convenio sobre poblaciones indígenas y tribales N° 169 (1989) se reivindica el derecho a la autoidentificación, la autodeterminación, autogobierno, los derechos fundamentales como la vida en libertad.

Asimismo, el derecho a la consulta, de acuerdo al artículo 6, Los gobiernos están obligados a consultar con las personas interesadas a través de los procedimientos apropiados, en particular a través de sus órganos representativos cada vez que se adopten leyes o medidas que les afecten directamente., donde los gobiernos están obligados a consultar con las partes interesadas a través de procedimientos apropiados y especialmente a través de organizaciones representativas siempre que una parte directamente afectada tome medidas legislativas o administrativas.

Por otro lado, se establece como principio básico que los pueblos indígenas no deben ser desalojados de sus tierras, por lo que se debe respetar su economía tradicional; también la vigencia de su derecho a la educación, la salud y la seguridad social; garantizando, además, su derecho a participar en la conservación de sus recursos naturales; respetar su cosmovisión, costumbres y entorno.

Asimismo, respecto al análisis de la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas adoptada por la Asamblea General, el 7/9/2007, ha establecido en su Artículo 5: “Los pueblos indígenas tienen derecho a mantener y fortalecer sus propias instituciones políticas, jurídicas, económicas, sociales y culturales, conservando al mismo tiempo su derecho a participar plenamente en la vida política, económica, social y cultural del Estado, si así lo desean”.

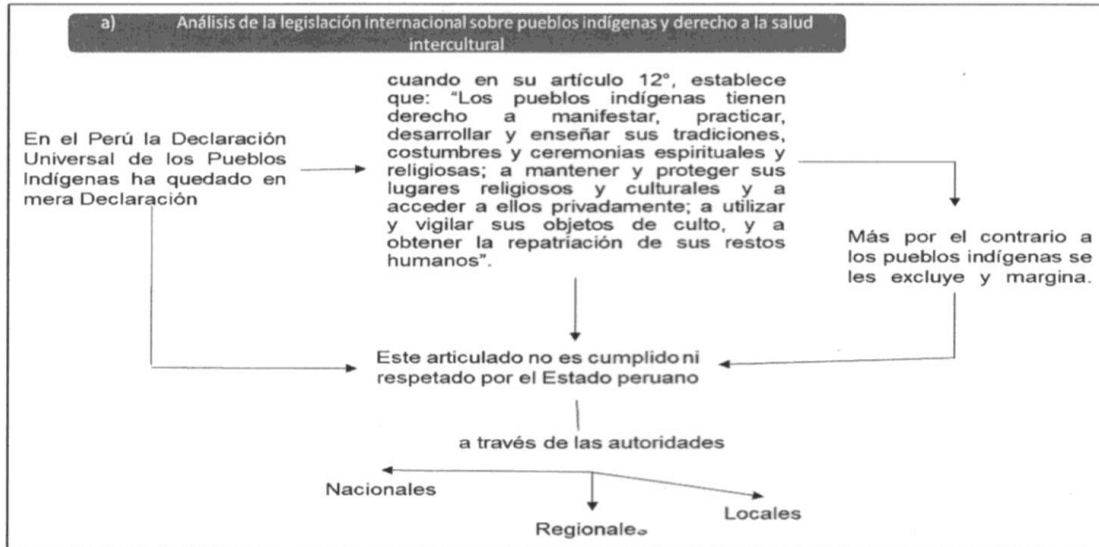
Sin embargo, cabe subrayar que todo esto quedó en el Perú en base a buenas intenciones y meras declaraciones. Por otra parte, existe un problema al pasar de la teoría a la práctica, de la ley a la acción, ya que los pueblos indígenas tienen preocupaciones inmediatas y primordiales sobre su derecho a la salud.

Un ejemplo es Perú, donde la Declaración Conjunta sobre Pueblos Indígenas sigue siendo una simple Declaración ya que en su artículo 12 especifica que: “Los pueblos indígenas tienen derecho a reclamar, practicar, desarrollar y difundir sus tradiciones, costumbres, ritos espirituales y religiosos”; mantener y proteger sus sitios religiosos y culturales y tener acceso privado a ellos; utilizar y controlar sus objetos de culto y exigir la repatriación de sus restos humanos”.

Este artículo no es respetado por el Estado del Perú a través de las autoridades nacionales, regionales y locales. En contraste, los pueblos indígenas están excluidos y marginados en la sociedad.

Figura 29

Declaración Universal de los Pueblos Indígenas



Fuente: Elaboración propia, 2017.

Los pueblos indígenas tienen el mismo derecho al más alto nivel posible de salud física y mental. Los Estados tomarán las medidas adecuadas para implementar gradualmente este derecho en su totalidad.

Bueno, aquí se puede decir que el Estado peruano no ha tomado las medidas o gestiones correspondientes para hacer efectivo este derecho mientras sigue vulnerando los derechos y la atención a la salud de los pueblos indígenas.

También como análisis de la ley, se puede señalar que la Convención de la UNESCO (2003) para la Protección del Patrimonio Cultural Inmaterial -ratificada por el legislador peruano y por lo tanto ley aplicable a todos los peruanos- determinó que las tradiciones médicas son parte del patrimonio cultural inmaterial del Perú y de las comunidades que lo practican. Bueno, hasta aquí cabe señalar que este acuerdo nunca se implementó en nuestra soberanía. Esto se debe a la determinación, y al poco interés propio del estado.

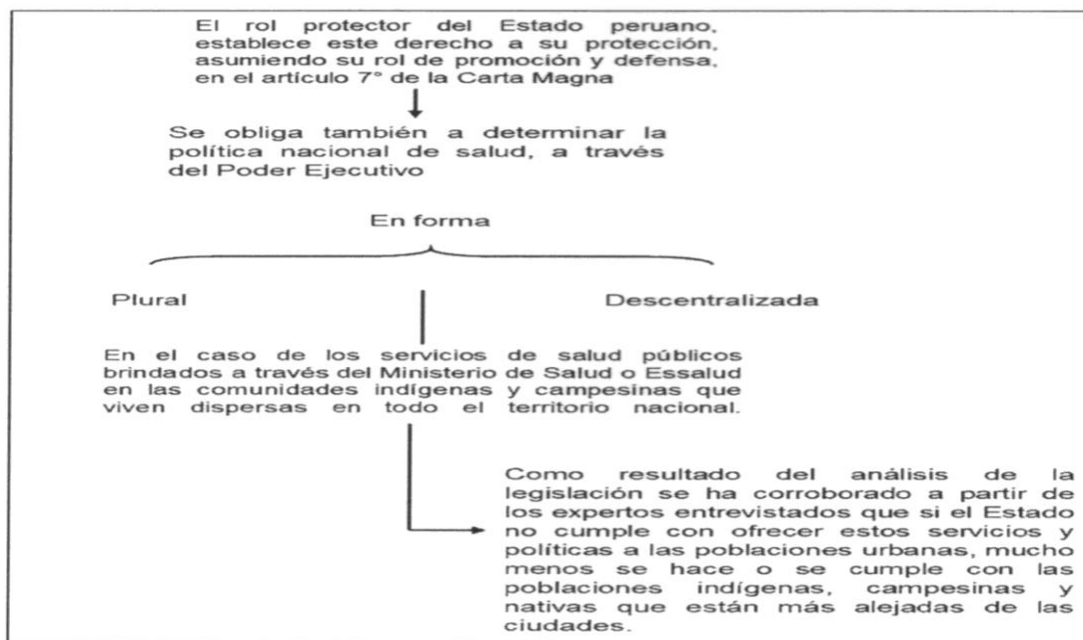
Análisis de la legislación nacional sobre pueblos indígenas y derecho a la salud intercultural

Del análisis de la legislación nacional, a través de la Norma Suprema, se puede afirmar que el rol protector del Estado peruano establece este derecho a su protección, asumiendo su rol de promoción y protección acorde con el artículo 7 de

la Carta Magna. También está obligado a determinar la política sanitaria nacional a través del Poder Ejecutivo, el cual deberá regular y controlar su aplicación “múltiple y descentralizada” para facilitar su acceso igualitario a la atención de la salud de los ciudadanos peruanos, pero no dejar expresamente esta tarea a leyes especiales.

Figura 30

Rol del Estado en la Salud de los Pueblos Indígenas



Fuente: Elaboración propia, 2017.

La interpretación amplia del estado de derecho que vemos requiere la integración de dos sistemas: el sistema de salud pública y el sistema de conocimiento colectivo indígena. Son servicios de salud que brinda el Ministerio de Salud o Essalud a las comunidades indígenas y campesinas dispersas a nivel nacional.

Como resultado del análisis de la legislación, los expertos entrevistados confirmaron que, si el Estado no cumple con las normas para la prestación de estos servicios y lineamientos para la población urbana, menos se hace u observa para los indígenas, campesinos e indígenas.

El derecho es el elemento rector de todas las relaciones humanas y se caracteriza en el ámbito médico por establecer un conjunto de relaciones interpersonales que dan como resultado un conjunto de normas, reglamentos,

normas y reglamentos de este ordenamiento. Sin embargo, este estudio ha demostrado que no hay suficientes médicos y trabajadores de la salud para tratar a los pueblos indígenas y tratarlos con un enfoque intercultural que respete el derecho a la identidad cultural, su lengua, usos y costumbres.

Para el Estado, a pesar de que emite leyes (Ley de Consulta Previa, Ley de Comunidades Campesinas, Ley sobre Medicina Tradicional) y de que ratifica leyes internacionales (Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo, Declaración Universal de los Pueblos Indígenas, Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales), la legislación sobre los pueblos indígenas sigue siendo letra muerta para perjuicio de los pueblos indígenas.

Las actividades del personal médico en el desarrollo de las artes curativas son un tema de creciente interés en la actualidad. El acceso a las comunicaciones sigue siendo un desafío para la práctica médica, lo que lleva a juicios que buscan responsabilidad por los eventos adversos percibidos. Por esta razón, como muestran las investigaciones actuales, la legislación, la jurisprudencia y la educación abordan cada vez más este tema.

En cuanto al análisis de la ley de medicina tradicional, tiene como finalidad: Costumbres y prácticas comunitarias e indígenas utilizadas directa e indirectamente en la atención de la salud. También fue responsable de capacitar al personal del MINSA, organizar planes de estudios y programas extracurriculares, y facilitar la producción y comercialización de productos disponibles para MT.

Como se ha señalado, los Estados inclusive el Perú solo han declarado y ratificado estos derechos, pero no los han reconocido plenamente ni les han dado importancia en la práctica cotidiana, y continuaron existiendo sin acceso, respeto ni pertinencia cultural para sus derechos. En consecuencia, el Estado peruano no cumplió con la Ley N° 28296 que rige el conocimiento colectivo y su medicina tradicional.

Desde el análisis de la Ley 27811, Quevedo sostiene que los derechos indígenas son derechos que las personas deben disfrutar y ejercerlos como tal: Tales como a la propiedad del territorio, lengua, costumbres, autonomía, etc, inclusive sus medicinas de origen ancestral. La Ley N° 27811, vigente desde el 2002, establece el régimen de protección de los conocimientos colectivos de los pueblos indígenas vinculados a los recursos biológicos. El artículo 2º literal b) de esta norma jurídica define al conocimiento colectivo: “Conocimientos colectivos e intergeneracionales adquiridos por los pueblos y comunidades indígenas sobre las propiedades, usos y características de la biodiversidad”.

Quevedo agregó que, bajo esta ley, el gobierno peruano identificó al INDECOPI como el organismo que gestiona y protege estos conocimientos mediante la inscripción en el Registro Nacional Confidencial de Saberes Colectivos Indígenas. Todavía no hay información sobre el funcionamiento o implementación de un registro de titulares de derechos (tanto de comunidades campesinas e indígenas peruanas).

La política intercultural en el campo de la salud, en virtud de un enfoque cuatripartito, permite a los pueblos indígenas o indígenas de los Andes y la Amazonía, así como a los afroperuanos, tener un medio claro para definir las responsabilidades del Estado. Derechos y representación de ciudadanos culturalmente diversos.

Por su parte, el Estado contará con una norma para el cumplimiento de sus obligaciones hacia los ciudadanos de estos grupos poblacionales, y al concluir esta reunión sobre estas obligaciones y derechos, tomará las siguientes orientaciones: Lineamientos e indicadores claros para el desarrollo de planes y programas de mejoramiento de la salud de estos residentes.

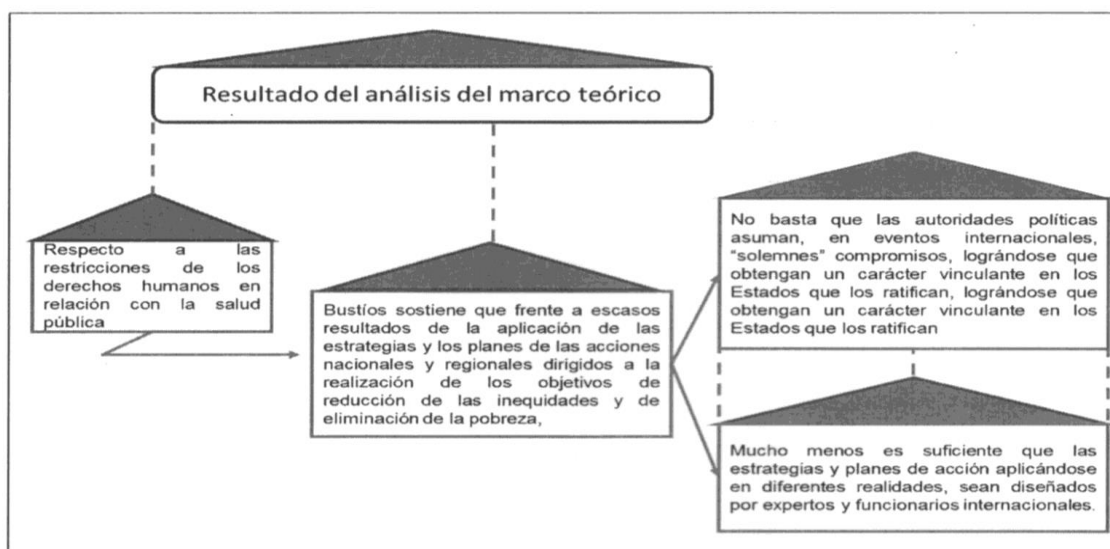
Resultados del análisis del marco teórico: Con base en este análisis de las limitaciones de derechos humanos relacionadas con la salud pública, Bustios presenta algunos resultados para la aplicación de estrategias y planes nacionales y regionales. Se argumenta que es razonable que los gobiernos que buscan alcanzar las metas de reducción de la desigualdad y erradicación de la pobreza asuman que los compromisos "serios" de las autoridades políticas en los eventos

internacionales no son suficientes para lograr avances significativos en el logro de estas metas. Sobre decir que expertos e instituciones internacionales desarrollan estrategias y planes de acción para diferentes realidades.

En cuanto a los límites y limitaciones de la implementación efectiva de los derechos humanos, se analizan los aportes y estudios de Giusti (citado por Bustios), quienes argumentan que las condiciones iniciales fueron y siguen siendo desiguales y ubican a todos en un sistema de reglas. La acción donde prima la igualdad es la utopía de la ciudadanía mundial:

Figura 31

Análisis del Marco Teórico



Fuente: Elaboración propia, 2017.

Debido a la hipocresía del mundo occidental, justifica la injusticia de facto del orden económico y político internacional, su superioridad, con un discurso legal y moral legítimo. Como resultado, la distribución de bienes, riquezas, oportunidades y, sobre todo, decisiones económicas y políticas es notoriamente desigual, y las reglas del juego parecen no ser otras que el mantenimiento de este orden internacional (2010, p. 241).

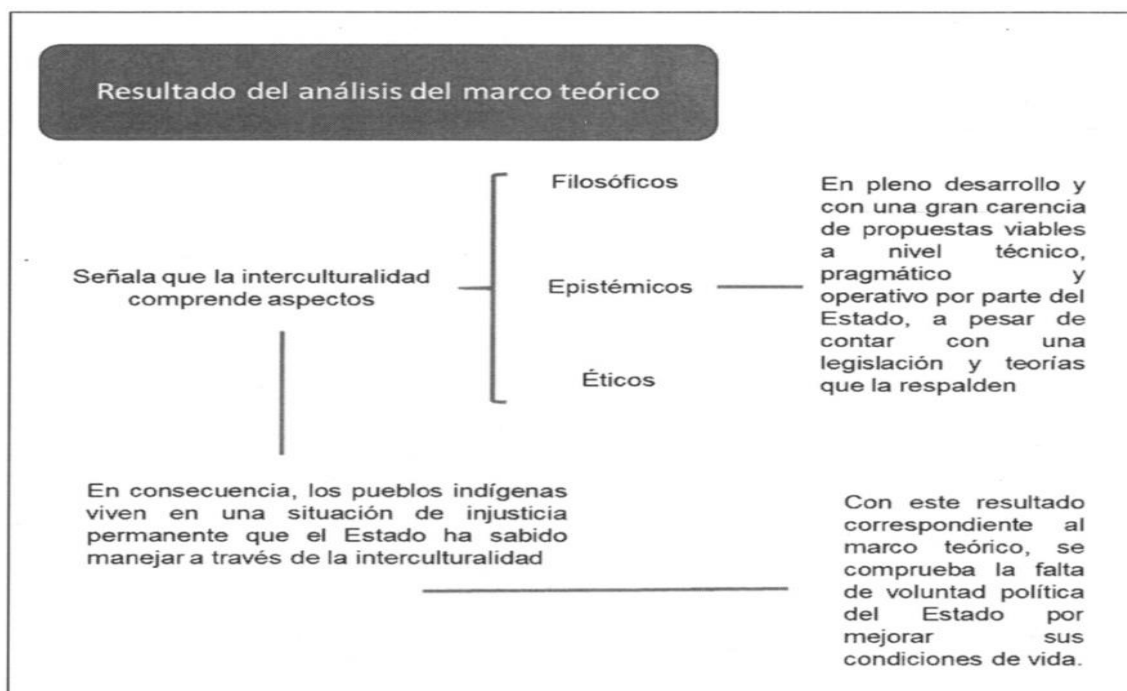
Bustios también dijo que Perú es un país fragmentado donde los déficits, las desigualdades sociales y la pobreza son claramente reconocidos como graves violaciones a los derechos humanos, por lo que los políticos peruanos no deben permitir agravios, sean leves o no. Es imperativo agregar categorías como aspectos

culturales para ampliar el alcance de políticas y planes anteriores sin sugerir alternativas y posiblemente con un sesgo moderado. Adoptar una posición neoliberal que justifique aceptar o demostrar implícitamente el mantenimiento del orden económico y político.

Como resultado del marco teórico, el CENSI convocó a una reunión multisectorial en la ciudad de Lima en mayo de 2010 como parte del marco procedimental para el desarrollo de la política pública en salud intercultural en el Perú. Visualizar problemas y necesidades de salud urgentes de los pueblos indígenas o apoyar la salud indígena..

Figura 32

Resultado del Análisis del Marco Teórico



Fuente: Elaboración propia, 2017.

Esto se hace de acuerdo con los marcos legales nacionales e internacionales que Perú ha ratificado o suscrito, pero aún no ha logrado avances significativos. Los pueblos indígenas y su derecho a la salud siguen excluidos del Estado.

En cuanto al análisis de las teorías sobre interculturalidad y derechos a la salud, cabe mencionar los aportes de Oyarce, Neira e Ibacache (Chile). Definió la interculturalidad en salud como la capacidad de transitar de forma equilibrada entre diferentes saberes culturales, creencias y estados de salud. Creencias Prácticas

relacionadas con la salud y la enfermedad, la vida y la muerte, biológicas, sociales y relacionales.

Además, Aliaga (Perú) reitera que la interculturalidad tiene aspectos sociológicos, filosóficos, epistemológicos y éticos. Sin embargo, existen leyes y teorías que sustentan esto, donde los indígenas viven en condiciones perpetuamente injustas y el Estado sabe cómo abordarlo a través de medios multiculturales. En este sentido, al menos en el sector de la salud, un enfoque o discurso “intercultural” controlado, centralizado y dirigido por el Estado ayuda a mantener el statu quo en relación con los pueblos indígenas. Esta omisión es incomprensible. Voluntad política para mejorar sus condiciones de vida.

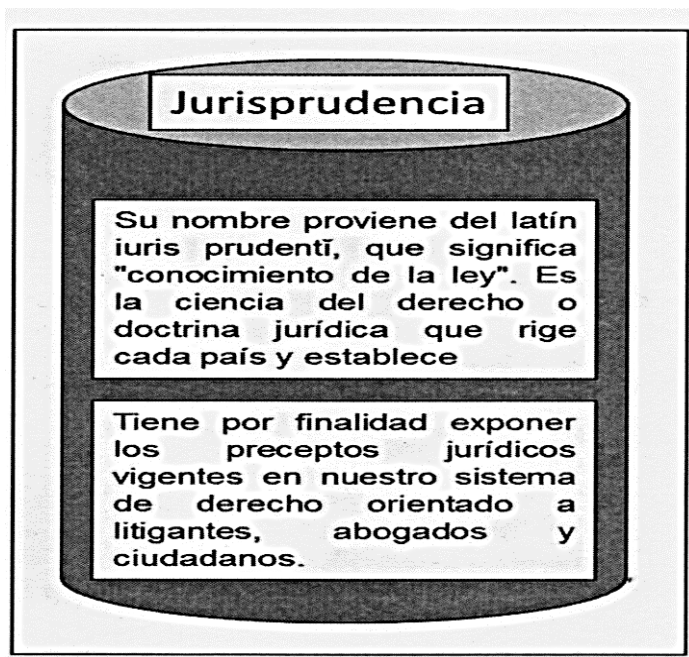
La contribución de Lerín es que la interculturalidad en el trabajo de salud se articula en el comportamiento de cuidado y en las estrategias de resolución, que no están desprovistas de las contradicciones inherentes, la salud y la enfermedad. También fue relevante cuando señaló que engloba diferentes percepciones y procesos y prácticas cuidado. Sobre la enfermedad, los accidentes y la muerte en situaciones multiétnicas.

Desafortunadamente, esto no se asume después de la verificación y análisis de campo en las provincias peruanas. Esto significa que la condición de la población indígena muestra un estado de pobreza y abandono frecuente, especialmente en la sierra y la selva, lo que también es confirmado por Arriaga. Esta coyuntura está representada por los indicadores negativos de morbilidad y mortalidad del país y su bajo nivel de desarrollo.

Análisis de Jurisprudencia Conclusiones: Se destaca la forma en que los tribunales constitucionales y judiciales aplican y hacen cumplir los derechos indígenas. TC es el órgano del sistema de justicia que reconoce y evalúa a estas personas

Figura 33

La Jurisprudencia



Fuente: Elaboración propia, 2017.

El TC a través de la Sentencia del Exp. N° 0022-2009-PI/TC confirma que el Convenio de la OIT No. 169 tiene como objetivo garantizar el pleno y efectivo reconocimiento y respeto de los pueblos indígenas para que puedan beneficiarse del ejercicio de sus derechos fundamentales. En consecuencia, la protección otorgada por el Acuerdo está dirigida a preservar los elementos esenciales de la supervivencia y seguridad de los pueblos indígenas sin obstaculizar su desarrollo y participación voluntaria en la economía global.

La ordenación del territorio, el reconocimiento y respeto de la identidad, la búsqueda de educación, la salud y la calidad de vida son ejemplos. El TC califica este derecho a ser escuchado como diálogo intercultural. El diálogo, desde nuestro punto de vista, aún falta en este país.

A partir de un análisis de la jurisprudencia del Tribunal Constitucional, el expresidente Landa sostiene que el poder normativo de la constitución se reconoce por el hecho de que el tribunal constitucional estableció primero las causales de

protección de la nueva ley. Derechos, como los derechos ambientales, y la percepción de nuevos propietarios, como los pueblos indígenas, desde una perspectiva transcultural.

Lo que Landa está tratando de enfatizar, sin embargo, es que ha habido un declive en la jurisprudencia que protege los derechos fundamentales de los pueblos indígenas en los últimos años, con nuevos jueces que no son independientes del gobierno ni de las grandes empresas.

Resultado del análisis de posición de expertos: en este estudio, se aplicaron técnicas de entrevista a expertos cuya experiencia con un tema hizo una contribución significativa al contenido, las discusiones y los debates que provocó el tema. Los entrevistados respondieron preguntas que fueron creadas en base a sus objetivos de investigación y agrupadas en temas basados en sus propias experiencias y conocimientos. Los detalles de los entrevistados y sus respectivas respuestas se encuentran a continuación.

Tabla 16

Ficha Técnica de Entrevistados y Expertos.

Entrevistado	Presentación
Carlos Ramos Núñez	Doctor en Derecho. Magistrado del Tribunal Constitucional. Docente en la PUCP y UNMSM
Manuel Bermúdez Tapia	Docente Universitario en la PUCP. Autor de libros especializados de Derecho.
María Jesús Hulerig Kruger	Abogado litigante. Experta en Derecho Constitucional
Jefferson Armando Larragán Chamorro	Abogado litigante

Fuente: Elaboración propia, 2017.

Entrevista respecto al **Objetivo General**: Determinar cuáles son los efectos jurídicos de las políticas públicas de la interculturalidad respecto a la protección del derecho a la salud de las comunidades nativas en el Perú

Efectividad de las políticas públicas en las Direcciones Regionales de Salud.

Ramos señala que se está haciendo un trabajo importante en cuanto a las políticas públicas en salud, pero en un lugar donde hay poca presencia nacional y donde falta no solo salud sino educación, vías de acceso, etc. Aún es una asignatura pendiente.

Bermúdez argumenta que no hay conexión entre los dos puntos, principalmente porque las políticas de salud pública son comunes y no abordan las especificidades étnicas de las regiones en las que se implementan.

Para Meneses, la política de salud pública del Perú se desarrolló de manera ineficiente e ineficiente, con total de menosprecio por la realidad. Falló porque no diagnosticó la situación. Por ejemplo, la política de salud no está estratégicamente institucionalizada y no puede decirse que esté planificada a mediano y largo plazo.

Para Hulerling, la política pública del departamento de salud local no es efectiva. El mayor impacto se debe a los cambios constantes en la política de salud y al choque entre los sistemas de salud modernos y los sistemas tradicionales (siendo estos últimos el equivalente indígena).

Según Larragán, la política de salud pública de Perú ha sido implementada con poco efecto sin una comprensión completa de las realidades y problemas que se presentan tanto en las regiones rurales como amazónicas. Para hacer esto de manera efectiva, el Ministerio de Salud, en colaboración con las agencias pertinentes, desarrollará más políticas que respeten la multiétnicidad del país y

mejoren el nivel de salud de los pueblos andinos y amazónicos en un marco intercultural. Correcto.

Berrospi señala que, al considerar eficacia y eficiencia, la eficacia no es igual para todas las Direcciones Regionales de Salud.

Efectos jurídicos de las políticas públicas respecto a la protección del derecho a la salud de las comunidades nativas en el Perú.

No son suficientes- para Ramos- las políticas públicas tradicionales, señalando que deberían efectuarse para el caso de las comunidades indígenas políticas más equitativas e integrales, solamente, así se podrá promover su mayor participación donde podrá identificárseles como tal al saberse respetar su cosmovisión y sus tradiciones. Para Bermúdez, los pueblos indígenas son inherentemente vulnerables, donde la gran mayoría se encuentra desprotegida al no acceder a un servicio más eficiente y, especialmente, más diligente, al no saber apreciar y valorar sus propias prácticas y condiciones de salud.

Según Meneses el Estado sólo protege el derecho de salud desde un aspecto normativo, sin embargo, no lo protege ni cautela como tal desde un inicio: al contrario, solamente se emplean políticas públicas sin mayor eficiencia ni eficacia.

Para Hulerig, considera la necesidad de incorporar nuevas perspectivas técnicas en interculturalidad, evitándose ante todo el racismo, el desinterés por parte del personal médico para actuar de forma inmediata ante las enfermedades culturales o regionales de los pueblos indígenas.

Para Larragán, durante los últimos veinte años, el Estado peruano ha protegido los derechos colectivos de los pueblos indígenas en relación a la salud. Sin embargo, nunca pensó en la participación de sus miembros en la comunidad a través de un verdadero diálogo intercultural. En palabras de Berrospi, los efectos jurídicos son la protección de los intereses colectivos que corresponden a los intereses del Estado. Estos efectos, en lo absoluto, son positivos.

Relación entre los indicadores de salud y las políticas públicas destinadas a la prestación de servicios sanitarios al interior del país.

Ramos sostiene que para generar políticas públicas adecuadas se debe procurar elegir indicadores de salud que midan adecuadamente el impacto y las necesidades de los servicios de salud del país con un enfoque multicultural. Bermúdez señala que lamentablemente nunca hay documentos oficiales y probablemente nunca existan.

Para Meneses, los indicadores de salud y las políticas públicas tienen una correspondencia importante, como vínculo intrínseco; porque su percepción se basa en problemas reales y legítimos en algunos contextos. Pero del mismo modo, los problemas presupuestarios o la corrupción galopante provocan la esterilidad en la política estatal denominadas públicas.

Según Hulering, existe una relación directa porque los indicadores de salud se utilizan más como resultados de salud, como la calidad de vida o las expectativas de salud. Por el contrario, la mayoría de las políticas de salud pública se basan en la recomendación sistemática de intervenciones de salud pública basadas en la evidencia disponible, las preferencias de la comunidad, los hechos políticos y la disponibilidad de recursos.

Para Larragán, los indicadores de salud y las políticas de salud pública están interconectados. Los indicadores de salud se utilizan a menudo para evaluar la eficacia y el impacto de dichas políticas. Así, por ejemplo, si no son debidamente considerados y utilizados en el diagnóstico de la realidad de los pueblos andinos y amazónicos, es posible que no se reflejen sus aspectos de derechos humanos, vulnerándose así su dignidad humana.

De acuerdo a Berrospi, la media de esta relación es significativa. Hay indicadores de que las políticas estatales no están dando los resultados esperados.

Resultado del **Objetivo Específico** 1: Explicar de qué manera se desarrolla la protección del derecho a la salud para las comunidades nativas en el Perú.

Limitaciones del Estado en la ejecución de mecanismos y áreas especializadas en los hospitales con enfoque de salud intercultural.

En el caso de Bermúdez, el programa de salud tiene fallas fundamentales y generales. Porque implementar un programa más especializado es complicado para el propio estado, ya que requiere un mayor presupuesto y un mayor esfuerzo. Para Meneses, son una combinación de enfoques: pereza, imprudencia, incompetencia; cuya única pretensión es beneficiarse del presupuesto estatal.

De acuerdo a Hulering, si el Estado no implementa los mecanismos de protección necesarios, sólo se producirán reformas por razones económicas e ideológicas. En otras palabras, todavía quedan remanentes de colonialismo en el poder político, lo que limitará por tanto la naturaleza intercultural del sistema de salud. En palabras de Berrospi carece de planes y especialistas adecuados para su implementación.

Según Larragán, la razón principal son los problemas de presupuesto. En segundo lugar, por la discriminación étnica contra los saberes ancestrales de estos grupos poblacionales. Si tiene recursos, los está manejando de manera ineficiente. Relación entre el derecho del desarrollo y la protección del derecho a la salud de las comunidades nativas.

Ramos señala que en lo que se refiere al plano económico, el desarrollo industrial a veces conduce a la degradación y contaminación ambiental, lo que afecta directamente la salud de las comunidades indígenas. Para Bermúdez, en cuanto al derecho a la consulta previa, muchas comunidades indígenas consideran que el tema de la salud está relacionado con el impacto ambiental que tendrá la minería (principalmente). Los derechos no se protegen porque el entorno geográfico se verá directamente afectado. En consecuencia, no reciben ninguna tutela de derechos.

De acuerdo a Meneses, la salud es un derecho constitucional que toda persona debe tener, independientemente de su religión, etnia u origen geográfico; Como tal, es deber del Estado brindar servicios de salud pública de calidad. Hulering por su parte dijo que habría una relación directa y proporcional ya que las comunidades indígenas tendrían acceso a una mejor calidad de vida y también cerraría las brechas de desigualdad en la prestación de buenos servicios de salud.

De acuerdo con Larragán, el derecho al desarrollo relacionado con el derecho a la salud es un derecho humano que puede lograrse de manera efectiva si el Estado peruano actúa con democracia participativa, equitativa y empoderadora en beneficio de sus ciudadanos, teniendo en cuenta otros principios de derechos humanos. relativos a la igualdad, transparencia y no discriminación. Para Berrospi, cuanto más protectora sea la ley, mayor será el acceso a la salud.

Resultado del **Objetivo Especifico 2**: Determinar los alcances de la consulta previa respecto a la implementación de la salud intercultural en la prestación de servicios sanitarios en el Perú.

Derecho a la salud de los pueblos indígenas.

Ramos señala que, de acuerdo con la Comisión de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en su observación general N° 14, los pueblos indígenas deben recibir ciertas medidas que les permitan mejorar su acceso a servicios, medicinas y atención en salud. Los servicios de salud deben ser culturalmente apropiados. Esto significa que deben tenerse en cuenta la atención preventiva, las modalidades terapéuticas y la medicina tradicional. Para las comunidades aborígenes, la salud individual suele estar relacionada con la salud de la sociedad en su conjunto y tiene una dimensión colectiva. En este sentido, el Comité considera que la pérdida de recursos alimentarios por parte de estas poblaciones y la ruptura de su relación simbiótica con el suelo tiene un efecto adverso en la salud de estas poblaciones. Un claro ejemplo de diálogo intercultural en el sector salud ha sido la adaptación del parto vertical, práctica ancestral de nuestros antepasados, que ha sido reglamentada por el Ministerio de Salud, según la Norma Técnica N° 033-MINSA/DGSP-V.01.

Para Bermúdez, la salud debe regirse por la condición individual y la condición etnográfica de la persona en relación con el campo en el que se prestan los servicios médicos. Según Meneses, es una especie de derecho primario, insustituible y urgente. Fundamentalmente, se trata de mejorar la calidad de vida de los pueblos indígenas. Para Hulerig, se trata del reconocimiento nacional de

los pueblos indígenas y su acceso a servicios integrales de atención médica que beneficien a individuos y grupos de manera progresiva y efectiva.

Según Larragán, este es un derecho de los pueblos indígenas (incluidas las comunidades andinas y amazónicas), protegido por varios ordenamientos jurídicos internacionales, donde el Estado peruano les garantiza el acceso a la atención y atención en salud, aun cuando sea ineficaz. ... y en algunos casos no se respeta el carácter multiétnico de estas poblaciones, ya sean minoritarias o mayoritarias dentro del país. Para Berrospi, estos son derechos humanos o fundamentales que el Estado debe garantizar.

Incidencia de la consulta previa en el derecho a la salud de los pueblos indígenas.

Ramos señaló que, a través de la consulta previa, los pueblos indígenas pueden reclamar medidas para proteger su entorno e infraestructura de saneamiento. De acuerdo a Bermúdez, incide en todo nivel y preventivamente, para efectos de no producirse una contaminación y así una debida remediación en áreas asociadas con comunidades específicas: Si se determina que afecta la salud de las personas, como en el caso de un derrame de petróleo en la región amazónica. Estos hechos aparentemente están "registrados" pero en realidad no "corregidos".

Para Meneses, la consulta previa debe ser respetada ya que es un mecanismo de indagación a través del cual las personas están de acuerdo y en desacuerdo. Sin embargo, en este contexto, los países no necesariamente están buscando estrategias de comunicación para hacer más factibles los mecanismos anteriores. Para Hulering, esto tiene implicaciones positivas cuando se habla de salud intercultural. Esto se debe a que el estado comprenderá y reevaluará el conocimiento tradicional de los pueblos indígenas mientras aumenta la visibilidad de las medicinas tradicionales.

Para Berrospi incide de modo positivo pues los pueblos indígenas pueden evocar si es que ven vulnerado sus derechos.

Efectividad de la consulta previa en la implementación de la salud intercultural en la prestación de servicios sanitarios en el Perú.

Para Ramos, las prácticas de salud intercultural en la prestación de servicios médicos son un mandato nacional. La consulta previa, en su caso, sería un mecanismo para contribuir a este objetivo.

Por otro lado, en lo que respecta a Bermúdez, no hay ningún caso que pueda ser evaluado como una "respuesta" porque no se ha realizado una "consulta previa" y los resultados no se han hecho públicos.

Según Meneses, la eficiencia es tan alta que muchos pueblos indígenas y andinos, por así decirlo, se benefician de la protección del sistema. Según Hulering, el efecto de la consulta previa sobre prácticas de salud intercultural al brindar servicios de salud en el Perú será positivo a medida que creamos una sociedad justa y equitativa. Una tarea para hablar de salud pública. Como se mencionó anteriormente, se tratará de revalorar el conocimiento de los ancestros indígenas.

En definitiva, se logra una complementariedad de las dos medicinas entre la medicina occidental hegemónica y la medicina tradicional al alcance de estas personas. El Ministerio de Salud siempre ha tenido carencias técnicas y normativas, así como de análisis de las desigualdades en estos grupos poblacionales.

Siendo concisos, destaca Larragán que ha sido muy efectivo para las comunidades andinas y amazónicas. Solo así se podrá implementar plenamente el acuerdo entre el Estado y el pueblo consultado sobre temas de salud transculturales. Para Berrospi, hasta el momento no existe un mecanismo para garantizar su eficacia y brindar mejores servicios médicos.

4.2. Discusión

Discusión sobre los Antecedentes: La obra de García, González y Figueroa destaca unánimemente la importancia y trascendencia del conocimiento indígena, que no solo es protegido sino valorado por el Estado y la sociedad. Sin este conocimiento, y sin estos recursos naturales como insumo para sus curaciones y métodos de curación, los pueblos indígenas desaparecerían hace años en vista que el estado realmente abandonó a estas poblaciones.

García, González y Figueroa muestran que existen dos instrumentos jurídicos para proteger a los pueblos indígenas, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y la Declaración Conjunta sobre los Pueblos Indígenas. Aprobado. Estos estados son severa y fácilmente criticados porque primero aseguran el respeto por estas personas cada vez más victimizadas.

Las experiencias de Chile, Colombia y Guatemala son invaluable para este estudio porque, al igual que Perú, cuentan con conocimientos ancestrales y los pueblos indígenas han hecho aportes significativos, convirtiéndolos en cunas de algunas de las más grandes civilizaciones, especialmente para la humanidad valiosa para los territorios latinoamericanos y naciones.

La contribución de Torres resulta ser muy importante, al señalar que, particularmente en el caso de los pueblos indígenas y nativos, los estados deben priorizar la aplicación de las leyes internacionales que han firmado para proteger y respetar a estos pueblos citados al aplicarse con criterio la ponderabilidad y la jerarquía de leyes. Esto también es consistente con la contribución de Gonzales.

Los aportes de Pariona también ponen sobre la mesa debates políticos, sociales y jurídicos sobre la histórica discriminación y marginación que los pueblos indígenas han sufrido y sufren actualmente. El estudio también es consistente y relevante con las conclusiones finales de la Comisión de la Verdad y Reconciliación que señalan que el Perú sigue siendo un país racista, discriminatorio y monopólico. Es una herida abierta que lleva el país, donde nos espera un gran desafío, no solo para la nación, sino para la sociedad en su conjunto.

De la discusión de los antecedentes, básicamente, se desprende que convergen los aportes de la investigación internacional sobre García, González y Figueroa y la investigación nacional sobre Barriga y Pariona. Porque todos ven a los pueblos indígenas como pueblos ricos en conocimientos, tradiciones y valores ancestrales. Los Estados y las sociedades no sólo pueden restaurarlos, sino también ponerlos en práctica, porque estos son los valores que honran a la Madre Tierra, a la Pachamama, a la Yakumama y al Buen Vivir.

Discusión del marco teórico: Como resultados tenemos que Bustios señaló que a pesar de que las autoridades peruanas habían suscrito y ratificado compromisos internacionales en materia de declaraciones, tratados y el Pacto de Derechos, estos

compromisos fueron considerados; teniéndose en cuenta que son vinculantes. Asimismo, cabe señalar que, hasta la fecha, las evaluaciones de las estrategias y planes de acción nacionales e internacionales pertinentes han revelado pocos fracasos o avances en la reducción de la pobreza y la desigualdad en el ámbito nacional. El énfasis de Bustios está en línea con lo sugerido por Ramos, Bermúdez y Larragán.

Boff coincide con Rojas en que no hay programa social de salud sin intereses comerciales preconizados por las empresas farmacéuticas transfronterizas, violando así la naturaleza misma de la medicina humana (p. 11), los autores critican que la salud se haya convertido en un negocio y no sea de un derecho fundamental. Adoptarlo ocurre con el consentimiento o la indiferencia de los estados. Boff enfatiza que los pueblos indígenas y las comunidades nativas no solo son centros para sus medios de vida, sino también lugares para sostener y mantener su calidad de vida. Cuando vemos a otros (traficantes de personas y empresas transnacionales) explorando y explotando madera y recursos, los pueblos indígenas ven que sus hogares y sus hábitats deben ser mantenidos y protegidos. Necesitamos protegerlos a ellos y a las generaciones futuras. A esto se le llama vivir bien.

Aliaga, Herrera, Boff, Larragán y Ramos coinciden en que la atención sanitaria es la condición en la que se producen las desigualdades de trato. Por un lado, hay médicos formados como biólogos y reduccionistas individuales que se creen absolutamente seguros. Por otro lado, hay muchos pacientes que se encuentran inestables por su mala condición física, y otros que son fácilmente criticados por los médicos por razón y cultura. Por lo tanto, la interculturalidad es un factor de confusión desconocido para los médicos "occidentales" que basan su conocimiento e investigación en evidencia científica empírica. Y ante esto, se encuentra desarmado frente a las convenciones y prácticas médicas frente a la formación académica. Como acertadamente señala Salaverry (y él está de acuerdo), la incompetencia transcultural de los profesionales médicos puede ser severamente criticada cuando se les pide que actúen de forma totalmente contraria al modelo de derecho. Hay cierta injusticia en esta evaluación absolutamente contraria al modelo en que han sido formados.

Nikken aún proporciona debates y preguntas relevantes. Países, incluido el Perú, hoy ignoran, no respetan o implementan en su totalidad las normas internacionales, como sucedió con el Convenio N°. 169 de la Organización Internacional del Trabajo, que reconoce el derecho de los pueblos indígenas a la consulta sobre los temas y demás regulaciones internacionales. Aspecto relativo a la propia área o campo de actividad directamente relacionado con el desarrollo de la propia vida. Si bien este acuerdo fue suscrito por Perú y se implementó internamente a través de la Ley de Consulta Previa y normas similares, cabe señalar que la normativa interna no se ajustó al espíritu del Acuerdo N°. 169. Por tanto no reconoce plenamente el derecho a la consulta previa. En este sentido, se puede argumentar que el alcance y contenido de la Ley de Consulta Previa debe iniciarse y reconsiderarse a la luz del Convenio N° 169 en cuanto a su contenido y espíritu. Como señala Nikken, Perú no puede seguir violando normas internacionales.

A partir de lo sustentado, la posición de Nikken parece ser la más conveniente cuando se trata de afirmar que la única insatisfacción es el resultado de la aplicación de políticas, y no el resultado de su incumplimiento. Se trata pues de una cuestión abierta que suscita debates jurídicos y abre la puerta a debates especialmente valiosos en la era de la llamada globalización, donde la procrastinación económica, social y cultural ha llevado a la planificación operativa.

Para las teorías abordadas en el Marco Teórico, los aportes de Gonzales, Kapsolo, Herrera y la Organización Internacional del Trabajo enfatizan que los derechos de los pueblos indígenas hoy son manifestaciones de pueblos vivos que se manifiestan en términos jurídicos, social y políticamente espacio, voz, llamando, por el nombre de la tierra. Hoy los pueblos indígenas se han convertido en voceros del planeta, exigiendo justicia ambiental y, ante todo, se respeten sus derechos, incluido el derecho a la salud. Estos autores están de acuerdo con lo expuesto por los entrevistados Ramos, Larragán y Bermúdez.

Castillo, Nikken y Córdova concluyen unánimemente que los derechos sociales son parte de los derechos de segunda generación con respecto a los derechos sociales. En particular, estos derechos están estructurados por la estructura social del individuo. Pero, dicho de otro modo, Boff, además de proponer

una “generación de derechos”, enfatiza la necesidad de encontrar sentido y vitalidad para que se realicen y reconozcan. Boff enfatiza acertadamente que hay una renuncia a la reverencia necesaria para apreciar la vida y su fragilidad. Si esto continúa, advierte que miles de especies naturales, plantas y animales se extinguirán a mediados del siglo XXI. En consecuencia, estaremos presenciando un proceso de autoaniquilación. La posición de Boff no está exenta de controversia. En cualquier caso, esta investigación abre un argumento que, como podemos ver, no sólo es legal, sino que puede enriquecer los debates sociológicos, antropológicos e incluso espirituales.

Herrera, Boff, Aliaga y Bustíos se han unido para argumentar que un enfoque intercultural de la salud es la interacción social mutua en la atención de la salud, condicionada a la igualdad y el respeto de los derechos de los ciudadanos; valorándose sobre todo sus diferencias socioculturales y de cosmovisión. Este es el principal desafío que enfrenta la política de salud pública del Perú. Ramos, Menese y Berrospi también convergen en este punto.

Finalmente, las diferentes y divididas voces sobre las discusiones interculturales son las del antropólogo Portocarrero citado por Aliaga, quien sostiene que el discurso intercultural es un discurso muy conveniente si se quiere salvar la cultura de las personas, lo que piensan.

Discusión sobre los Resultados de la legislación: Como se sabe, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, instancia encargada de supervisar la aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, realizó en el 2000 una Observación sobre el derecho a la salud (p. 16). Dichas observaciones indican que el derecho a la salud comprende no solo la atención oportuna y adecuada de la salud, sino también el acceso al agua potable y a una higiene adecuada, el abastecimiento adecuado de alimentos sanos, la alimentación suficiente y adecuada, lo que demuestra que también se incluyen importantes determinantes de la salud, como el acceso a Acceso a vivienda, condiciones de trabajo, ambientes saludables, acceso a educación e información sobre temas relacionados con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva.

A partir del análisis de la normativa internacional se corrobora que la Declaración Universal de los Derechos Humanos se respeta la dignidad y las libertades humanas, para fomentarse así su comprensiva tolerancia.

Dicha declaración establecida el 10 de diciembre por la Asamblea General de las Naciones Unidas consagra el principio de igualdad entre todas las personas ante la ley y el Estado, de manera que su cuerpo normativo constituido por una gama de 30 artículos, se los asume con la sola idea que son accesibles a todas las personas sin discriminación alguna. Si bien han pasado más de sesenta años desde la publicación de esta declaración en la que se reconoció la igualdad de derechos, debemos recordar que aún existen mecanismos de poder político que afectan directamente el derecho a los derechos humanos.

Respecto a la discusión que plantea la legislación nacional es que si bien se cuenta con normas legales sobre plantas medicinales, entre ellas:

Tabla 17

Normas legales sobre plantas medicinales

NORMA NRO.	TÍTULO
Decreto Legislativo N° 584 (18.04.90)	Creación del INMETRA.
Resolución de Presidencia Ejecutiva 097-IPSS-92	Creación del IMET-IPSS.
Ley N° 26842 (1997),	Ley General de Salud: En el Título Preliminar XVII, establece la promoción de la medicina tradicional es de interés y atención frecuente del Estado.
Decreto Supremo N° 010-97	En la que las plantas medicinales reciben la denominación de Recursos Terapéuticos Naturales (RTN) de uso en salud. Entre los requisitos para su registro sanitario, se daba un plazo de 180 días para la presentación completa de los documentos; sin embargo, la presión de las empresas de este rubro consiguieron prorrogar el plazo sucesivamente, hasta que gracias al D.S. N° 004-99 que suspende por dos años la presentación de los documentos como la monografía, el certificado de especia vegetal, etc. para la obtención del Registro Sanitario del RTN, dejando así a un lado las exigencias del Estado hacia las empresas que garantizaban un mínimo de investigación y de responsabilidad social. Finalmente, en el 2000 con el D.S. N° 004-2000 se consiguió modificar el D.S. 010-97 y simplificar los requisitos necesarios para realizar el Registro Sanitario del RTN.
Decreto Supremo N° 001-2003-SA	El CENSI es el ente oficial gubernamental con competencias específicas en materia de MT.
Decreto Supremo N° 013-2006-SA.	Reglamento de Establecimientos de salud y Servicios Médicos de Apoyo. En el Título tercero se menciona a los Centros de Medicina Alternativa.
Resolución Ministerial N°134-2008/MINSA.	Reconocimiento oficial a la Asociación Peruana de Acupuntura y Moxibustión.
Resolución Ministerial N° 2007-2011/MINSA. (18.03.2011).	Constituyen Comisión Sectorial de Medicina Alternativa y Complementaria (COMAC) para que proponga un marco normativo de creación y categorización y acreditación de los servicios de Medicina Alternativa y Complementaria.
Resolución Ministerial N° 544-2011/MINSA,	Modifican la R.M. N° 207-2011/MINSA sobre la conformación de la Comisión Sectorial de Medicina Alternativa y Complementaria (COMAC).
Resolución MINISTERIAL N° 207-2011/MINSA	Constituyen Comisión Sectorial de Medicina Alternativa y Complementaria (COMAC), para que proponga Marco Normativo en el Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de

Salud.	
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° 28216	Ley de protección al acceso a la diversidad biológica peruana y los conocimientos colectivos de los pueblos indígenas.
Decreto Supremo N° 008-91-TR	Aprueba el Reglamento de la Ley General de Comunidades Campesinas.
Decreto Supremo N° 068-2001-PCM	Aprueba el Reglamento de la Ley sobre la Conservación y Aprovechamiento Sostenible de la Diversidad Biológica.
Decreto Supremo N° 022-2006-PCM	Aprueba el Reglamento de la Ley de Protección al Acceso de la Diversidad Biológica Peruana y los Conocimientos Colectivos de los Pueblos Indígenas.
Resolución Ministerial N° 589-2007/MINSA	Aprueba los Lineamientos de Política Nacional de Salud.

Fuente: Elaboración propia, 2017.

Uno pensaría que, con tanta normativa vigente en el país relacionada con la medicina tradicional, ésta ha sido atendida de manera plena y satisfactoria. Pero la realidad nos dice que no es así. Un ejemplo de por qué la ley no se aplica en su totalidad, como señalan colectivamente los expertos en la materia, es:

Pintado, Aliaga, Herrera y Portocarrero, que pretenden articular la MT y la medicina académica en relación con las leyes de la medicina tradicional, han dejado de lado en su discurso los conceptos de interculturalidad.

Cabieses en sus escritos utiliza el término intercultural, y esto se corresponde con la visión biológica que tuvo el INMETRA en su práctica. Es decir, la propia Ley de MT generaba esta contradicción práctica con lo que se puede afirmar que la Ley de MT no fue ni efectiva ni eficaz y no consideró el enfoque intercultural, como lo señala de modo convergente Aliaga.

Otra discusión sobre la legislación y que es advertida por Aliaga es que la Ley N° 27300 no concibe a las plantas tradicionales como tal por sus beneficios naturales, sino por la científicidad de sus propiedades químicas.

Para Aliaga, la Ley N° 27821 fue controvertida porque pretendía sustituir al DS N° 010-97-SA. También cambia los requisitos del Registro Sanitario del RTN y sus respectivas autoridades sanitarias (de DIGEMID a DIGESA). Además, la

fabricación de medicamentos a base de plantas, a diferencia de los alimentos, debe garantizar la calidad, la seguridad, la seguridad y la eficacia.

Otra diferencia práctica lograda en el establecimiento de la medicina tradicional en el país es la que ha observado Aliaga. Para el autor, el INMETRA cuenta con un total de 16 sucursales a nivel nacional, en las zonas de mayor concentración de pueblos indígenas; Sin embargo, en los hospitales del MINSA, la MT y las unidades de terapia de reemplazo han sido constantemente disminuidas por la MMH, lo que, combinado con la falta de organización y comunicación, ha disminuido su importancia.

Esta discrepancia coincide con la propuesta doctrinaria y argumentativa de Boff cuando señala que de lo que se trata es de cuidar lo esencial, es decir, la naturaleza, la madre tierra que provee de vida y lugar para vivir.

Para los expertos Pintado, Herrera, Aliaga, Portocarrero, coinciden en señalar que resulta importante y valioso el hecho de que el Perú cuenta con una institucionalidad relacionada a los pueblos indígenas (Comisión Especial Multisectorial para las Comunidades Nativas, Mesa de Diálogo Permanente para las comunidades nativas, Comisión Nacional de salud de los pueblos indígenas amazónicos y el Ministerio de Cultura).

Sin embargo, esta institucionalidad diverge de los resultados reales logrados hasta ahora. Los pueblos indígenas y sus conocimientos ancestrales, incluida la salud, continúan siendo ignorados, degradados y excluidos por el Estado peruano, que dice reconocerlos y protegerlos.

Otro punto a discutir sobre la institucionalidad indígena es que si bien se ha creado el Consejo Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas Amazónicos, este ha analizado la situación de salud de los indígenas y para ello ha elaborado el Plan Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas Amazónicos, cuyo principal objetivo era adaptar culturalmente el sistema de salud pública de estas ciudades.

En este plan había una visión occidental de los pueblos indígenas, estos eran aquellos pueblos que debían adaptarse y amoldarse a las políticas del estado impuestas sin ningún aprecio ni reconocimiento de lo propio, de sus costumbres,

de sus saberes originarios, aparte. Este es otro ejemplo de las graves contradicciones y discrepancias que existen en la práctica entre la legislación y la institucionalidad indígena en el Perú.

De este estudio, como lo señalan Boff, García, Gonzáles, Herrera, Pariona y Barriga, se converge con lo observado por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas, como se verifica a lo largo del estudio. que el Estado peruano no observa la implementación de una política indígena efectiva y adecuada, aun cuando cuenta con una gran población en dicha situación cultural y a pesar de ser un país de origen indígena.

Creemos que, acercándonos a la comprensión del derecho a la salud, podremos comprender cómo se garantiza, protege y organiza este derecho humano fundamental. En cuanto a los pueblos indígenas, también necesitamos saber cómo se sienten, piensan, creen y viven; para que a partir de ello se implementen políticas acordes a ese contexto cultural en la cual se desarrollan.

Vergara, Figueroa, Galeno, Berrospi, Meneses y Boff coinciden en que hay que llegar al fondo del asunto: si el Estado asume la responsabilidad de la protección y pleno reconocimiento de los derechos de los pueblos indígenas, incluido el reconocimiento de su derecho a la salud. Si no se adopta el enfoque intercultural, estos pueblos seguirán marginados, aislados y en riesgo de contraer otras enfermedades que su sistema inmunológico puede curar.

Boff añade que se tienen que ir a la esencia de todo: restaurar el sentido de humanidad y pertenencia a la Madre Tierra, quien nos proporciona no solo alimentos (recursos naturales) sino también los medios para sanar y aliviar nuestras dolencias (medicina natural)..

Finalmente, los autores Vergara, Figueroa, Galeno, Herrera, Aliaga y Boff en conjunto enfatizan que las disposiciones legales internacionales que protegen sus derechos son reconocidas por sus respectivos países. Pero su aplicación a la práctica política está lejos de la realidad. Porque los estados, bajo el nuevo enfoque de “obedecer pero no obedecer”, parecen usar métodos de obediencia e interpretación para invalidarlos pero darles legitimidad.

Discusión sobre el análisis de la jurisprudencia: En el Perú ha sido el Tribunal Constitucional una de las principales instituciones del estado en reconocer y valorar plenamente los derechos de los pueblos indígenas, ello como un modo de sacarlos del olvido histórico del que han sido, y siguen siendo víctimas. En ese mismo sentido, argumentó que, si bien los pueblos indígenas existían mucho antes de la llegada del Estado peruano, su presencia no implicaba su tan sola visibilidad o inclusión efectiva en sus políticas. El abandono histórico sufrido por estos pueblos, por lo tanto, para permitir comprender no sólo a los propios pueblos indígenas, sino también las realidades sociales, se debe tener en cuenta la normativa desarrollada para proteger su cultura, política y economía particulares. (Exp. N.º 0022-2009-PI/TC) Boff, García, González, Pariona, Meneses, Ramos y Herrera también se concentran en este punto.

Discusión sobre el Supuesto Jurídico: Con base en estos resultados, se sustenta que: Los avances de la política de salud intercultural son un conjunto de normas jurídicas establecidas por el país. El estudio de Aliaga (2014) sostiene que uno de los sellos distintivos de la salud la comunidad es la institucionalización. A través de sus funciones centralizadas, tiene el monopolio de la financiación, el diseño, la implementación y la administración de políticas. Históricamente, la política de salud pública peruana ha respondido a este modelo.

El desarrollo del PSI representa una característica tradicional de las políticas implementadas por el Estado y será un medio alternativo no solo para diversificar los servicios de salud sino también para hacerlos más adecuados a las necesidades. En resumen, un enfoque intercultural para adherirse a la política de salud.

Recuérdese que, a fines de la década de 1990, las discusiones sobre ciencias sociales y diseño de políticas públicas giraron en torno a la posibilidad de sistemas políticos gubernamentales estructurados que respeten los derechos culturales y reconozcan la diversidad cultural.

Como señala Aliaga, desde entonces han comenzado a moverse hacia un nuevo territorio que se ha confundido con la tolerancia y, sin embargo, gran parte de su práctica sigue siéndolo; Sin embargo, su aplicación ha sido interesante

específicamente en la prestación de servicios de salud pública más allá de la prestación de atención a las comunidades indígenas.

Los entrevistados y los autores estudiados acordaron enfatizar que Perú tiene iniciativas interculturales valiosas que involucran a comunidades indígenas auténticas. Teniéndose en cuenta, que responden más a iniciativas individuales o a voluntades políticas locales que a las directivas de una gestión de la PSI

Para Aliaga (2014), la vinculación entre el CENSI como herencia del INMETRA obedece a un modelo biologista, en vista que no previene y menos se enfoca en la enfermedad, así den pastillas o plantas nada cambiará la situación del paciente enfermo, por tanto, hace que no se ponga freno al sistema asistencialista (p. 125)

Discusión sobre las recomendaciones de los expertos entrevistados: Para esta investigación se les solicitó a los expertos que formularan recomendaciones y sugerencias a fin de mejorar la situación de la salud de los pueblos indígenas en el Perú. Todos ellos coinciden y convergen en señalar que el Estado debe responsabilizarse de modo prioritario de los pueblos indígenas ya que se trata de una población altamente vulnerable. A continuación, se detalla las recomendaciones planteadas por los entrevistados, con las cuales estamos de acuerdo y respaldamos.

Ramos coincide con Berrospi cuando recomienda que el Estado tenga en cuenta que las comunidades indígenas son un grupo vulnerable, por lo que se requieren salvaguardas especiales para garantizar los derechos humanos mínimos permisibles para vivir con dignidad en casos específicos. Agregó que se deben conformar grupos de expertos multidisciplinarios que aborden las cosmovisiones indígenas y occidentales, a fin de establecer áreas especializadas en los hospitales luego de conocer sus necesidades en base a la organización comunitaria, problemas de tierras, problemas de agua potable, alimentación y bienes comunes.

Bermúdez, al igual que Meneses, recomienda que en principio comencemos a entender las condiciones y características especiales que tienen las comunidades indígenas en cuanto a su salud (individual y colectiva) relacionada con los

programas de inmunización, tratamiento de enfermedades crónicas y dolencias locales o temporales. Con el fin de servir efectivamente a la “población”

Berrosipi recomienda que el Estado deba gestionar rápidamente las necesidades que se presentan y que el presupuesto cumpla con su finalidad.

Meneses converge con Larragán cuando recomienda que se debe desarrollar una política agresiva de capacitación al personal de salud, plantear un plan estratégico con auditorías permanentes y la participación indubitable de contraloría general de la república para velar por los presupuestos.

Hulering recomienda que una pauta para los estados sea basar las políticas de salud pública en las preferencias específicas de los pueblos indígenas, es decir, adaptarlas a las cosmovisiones, culturas y creencias.

Larragán manifiesta que nuestro actual sistema de salud es ineficiente, por lo que es necesario realizar cambios que satisfagan las necesidades de la población, siendo lo más importante reducir la mortalidad de sus afiliados mediante la aplicación de una atención integral de calidad sociocultural. , implementando la medicina tradicional de estas poblaciones en los centros de salud pública, aunque prioriza los ingresos económicos de los habitantes, pues en ciertos casos algunos viven en situación de pobreza y pobreza extrema.

Perspectivas y desafíos de la investigación: El propósito y preocupación de esta investigación fue realizar un trabajo de campo en los mismos lugares donde se ubican las comunidades indígenas, realizándose un diseño etnográfico que permitiera constatar in situ sus condiciones, creencias y formas de pensar, conocer y actuar en relación con el derecho a la salud. Las limitaciones de tiempo y dinero lo impidieron, sin embargo, consideramos que próximas investigaciones puedan realizar dicho diseño de estudio.

También se reflexiona que la investigación deja abierta la posibilidad para que se sigan discutiendo e investigando sobre esta problemática. Consideramos para su realización que las Universidades deberían efectuar e implementar algunos mecanismos que permita a los estudiantes realizar trabajos de campos en la zona de las comunidades indígenas y nativas.

El aporte de Barriga es relevante porque centra su investigación en métodos y mecanismos para hacer efectivo el derecho a la salud. Sin embargo, el autor no está de acuerdo. Porque del conocimiento de la problemática de los pueblos indígenas se desprende que estos pueblos cuentan y cuentan con mecanismos alternativos de resolución de conflictos y administración de justicia comunal reconocidos en sus constituciones políticas. El disfrute de la autonomía no está plenamente reconocido por el Estado y, lo que es peor, está sujeto a más análisis e investigaciones.

Con base en esta investigación, la salud debe ser reconocida como una categoría personal y social, como parte integral del desarrollo encaminado a crear condiciones para el bienestar de todos y promoverlo, se cree que debe ser reconocida como resultado de políticas y acciones dirigidas. Prevención, recuperación y rehabilitación emprendidas por individuos, grupos sociales y la sociedad en su conjunto para mejorar y mantener la integridad y capacidad de individuos y grupos.

Antes de finalizar queremos enfatizar la labor del Instituto de Medicina Tradicional (IMET) de ESSALUD, que se ha dedicado al estudio de la etnobotánica amazónica desde su establecimiento en la ciudad de Iquitos. Aliaga dijo que es el único laboratorio del país que estudia plantas medicinales a nivel preclínico y clínico, y los resultados se aplican a los asegurados a través de los Centros de Atención de Medicina Complementaria (CAMEC) de EsSalud.

Esperemos que se fortalezcan los otros 13 IMET que existen a nivel nacional. Esto es especialmente cierto cuando el país es muy diverso en recursos naturales, climas, suelos y espacios naturales.

Perú se enfrenta al gran reto de adoptar una política de salud culturalmente adecuada o intercultural, como la adoptada por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad de España en su momento. El modelo de competencia cultural ha sido muy criticado en esta unidad, especialmente en su implementación.

Uno de los aspectos más debatidos es el de las minorías, lo que promueve la idea de que las personas culturales son 'otros', aunque todos somos seres culturales y productos de nuestro contexto cultural. Es posible crear un estereotipo

de El Perú de "todas las sangres" que anhelaba Arguedas, porque hasta ahora sigue siendo "tanto un problema como una oportunidad" a la vez (Basadre).

V.CONCLUSIONES

1. Se concluye que las políticas públicas de salud intercultural implementadas por el Estado tienen un impacto desigual en la protección del derecho a la salud de las comunidades indígenas ello debido a que la institucionalidad indígena (Ministerio de Cultura, Centro de Salud Intercultural y el Instituto de Medicina Tradicional) es débil y no cuenta con el presupuesto y el personal adecuados para satisfacer las necesidades urgentes de estas comunidades.

2. A pesar de contar con una legislación nacional e internacional que reconoce el derecho a la salud de los pueblos indígenas esto se incumple de modo cabal por parte del Estado puesto que la implementación de dicha normativa carece de enfoque intercultural apropiado, sin diálogo entre los sistemas de salud tradicional y occidental, y sin considerar la cosmovisión de dichas comunidades, lo que genera que los pueblos indígenas sigan discriminados por el Estado.

3. El Estado a través del Ministerio de Cultura no ha implementado mecanismos y Protocolos que permitan la aplicación del derecho a la consulta previa en el acceso a la salud intercultural y prestación de servicios sanitarios de los pueblos indígenas. Ello debido a falta de voluntad política y por el evidente desconocimiento que se tiene sobre la cultura, cosmovisión, creencias y costumbres de los pueblos indígenas.

4. El Estado a través del Ministerio de Salud no otorga las herramientas, logística y personal idóneo para el pleno funcionamiento de la Estrategia Sanitaria Nacional Salud de los Pueblos Indígenas y del Registro Nacional Confidencial de Conocimientos Colectivos Indígenas, instrumentos necesarios para el desarrollo y el acceso a la salud de los pueblos indígenas. Esto es una muestra más de la falta de voluntad política por parte del Estado respecto a los pueblos indígenas.

VI.RECOMENDACIONES

1. El Estado debe fortalecer el Instituto de Medicina Tradicional (IMET) a cargo de ESSALUD para especializarse en la investigación, divulgación y enseñanza con enfoque intercultural de las características de la medicina tradicional y su uso benéfico para la población y su comercialización. accesible a todos, especialmente a aquellos con menos recursos económicos. El estado debe brindar atención médica asequible y de calidad y medicina tradicional asequible.
2. El Estado, a través del Ministerio de Salud y en especial del Centro de Salud Intercultural, debe implementar una política nacional y transdisciplinaria con enfoque intercultural, especialmente en la formación y capacitación de médicos y personal administrativo, que les permita reconocerse, valorarse y dialogar con los conocimientos ancestrales de la medicina tradicional, respetando las creencias, valores y usos de las comunidades nativas, campesinas e indígenas.
3. El Estado a través del Centro de Salud Intercultural junto con las Direcciones Generales, Regionales y Locales del Ministerio de Salud deberá fortalecer la Estrategia Sanitaria Nacional Salud de los Pueblos Indígenas dotándola de los recursos suficientes para su desarrollo logístico en cuanto a infraestructura se refiere.
4. Las Universidades deberían implementa becas, pasantías y programas de intercambio o estancia académica para que los estudiantes interesados en esta temática puedan realizar trabajos de campo en las zonas donde se encuentran las comunidades indígenas y nativas del país, a fin de realizar investigaciones interdisciplinarias que se enriquezcan mutuamente: Derecho, Antropología, Historia, Sociología, Psicología. Ello acorde a las nuevas corrientes de la investigación científica que recomiendan enfoques de investigación interdisciplinarios.
5. El Estado, a través del Ministerio del INDECOPI deberá implementar plenamente el Registro Nacional Confidencial de Conocimientos Colectivos Indígenas, estipulado en la Ley 27811, a fin de resguardar el conocimiento sobre las Medicinas Naturales existentes en las comunidades nativas e indígenas del país, las que deberán ser estudiadas por especialista a fin de identificar sus propiedades y

posterior registro de patentes y difusión, divulgación y comercialización para el consumo de la población.

REFERENCIAS

- Acevedo, K. (2010). *El reconocimiento del derecho propio indígena. Situación actual en Chile, en el derecho comparado e internacional. Derechos al agua y geotérmicos. Caso toconce y el tatío*. Santiago, Chile: Universidad de Chile.
- Andaluz Westreicher, C. (2013). *Manual del derecho ambiental*. Lima, Perú.
- Aranzamendi, L. (2010). *La investigación jurídica. Diseño del proyecto de investigación, estructura y redacción de la tesis*. Lima, Perú.
- Ashton , H., & Seymour , H. (1990). *La nueva salud pública*. Barcelona: Masson.
- Aun Weor, S. (1983). *Formulario del poder mágico*. Lima, Perú : Era acuaria.
- Aranda, M., Wiener, L. (2009). *Manual informativo para Autoridades Judiciales Estatales: "La justicia indígena en los países andinos"*. (1ª. ed.). Perú: Comisión Andina de Juristas.
- Arredondo, F. (2006). *Dualidad simbólica de plantas y animales en la práctica médica del curandero-paciente en Huancayo*. (Tesis de maestría, Pontificia Universidad Católica del Perú). (Acceso el 4 de agosto del 2016).
- Aliaga, F. (2013). *Ratificación del convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes por parte del Estado de Chile como Reconocimiento de los Derechos Humanos de los Pueblos Indígenas en el Ordenamiento Interno*.(Tesis de bachiller, Universidad Austral de Chile).(Acceso el 6 de agosto del 2016).
- Ayala, J. (2007). *¿De dónde vengo? ¿Quién soy? ¿A dónde voy?.*(1ª. ed.).España: Alianza Editorial.
- Barriga Pérez, M. L. (2014). *entencias estructurales y protección del derecho a la salud*. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Bautista Alberdy, J. (2006). *la igualdad como derecho humano*. Lima, Perú .
- Behar, D. (2008). *Metodología de la investigación*. Lima, Perú: Shalom.
- Bermúdez Tapia, M. (2002). *Los derechos lingüísticos*. Lima, Perú : Ediciones legales.

- Bernales Ballesteros, E. (2012). *La Constitución de 1993 comentada*. Lima, Perú: Idemsa.
- Bernales, E. (2012). *La Constitución de 1993. Veinte años después*. Lima, Perú: Idemsa.
- Birdard Campos, G. (1998). *La Igualdad como derecho a la libertad*. Lima, Perú.
- Boloña, C. (2000). *Experiencias para una economía al servicio de la gente*. Lima, Perú : Nutesa.
- Cabrera V., M. y. (2006). *Derecho administrativo y Derecho procesal administrativo*. Lima, Perú : Ediciones legales.
- Calvo, C. (2012). *Poemas*. Lima, Perú : UAP.
- Carrasco, S. (2013). *Metodología de la investigación científica. Pautas metodológicas para diseñar y elaborar el proyecto de investigación*. Lima, Perú: Editorial San Marcos.
- Cáceres, E. (1988). *Si crees, los apus te curan. Medicina andina e identidad cultural*. (1ª.ed.).Perú: Centro de medicina andina.
- Cabieses, F. (2007). *La Salud y Los Dioses. La Medicina en el Antiguo Perú*.(1ª.ed.).Perú: Universidad Científica del Sur.
- Castro Contreras, J. (1986). *Para analizar la sociedad*. Lima, Perú: Universal.
- Cloudsley, P. (1996). *La medicina en los andes*.(1ª.ed.).Perú:Anthropologica.
- Chirif, L. (2010). *Preparación de tesis*. Lima, Perú: EDUNI.
- Chirinos Soto, E. (1984). *La nueva Constitución al alcance de todos*. Lima: AFA Editores Importadores .
- Contreras, C. (1987). *Mineros y campesinos de los andes*. Lima, Perú : Lumen.
- Cotrina, P. P. (2012). *Referencias estilo APA adaptación de la norma de la American Psychological Association*. Lima, Perú: Fondo editorial de la Universidad César Vallejo (UCV).
- Collazos, J.(octubre/ diciembre, 2017). *Políticas Públicas para la economía solidaria en Colombia, antecedentes y perspectivas en el posconflicto*.Revesco,123-147-197. <https://doi.org/10.5209/REVE.54918>.

- Chinoy, E. (1996). *La sociedad una introducción a la sociología*. (1ª.ed.). México: Fondo de cultura.
- De Arona, J. (1971). *La inmigración en el Perú*. Lima, Perú: Enrique R. Lulli.
- De la Ferriere Raynaud, S. (1982). *El arte de la meditación*. Lima, Perú : Editores Mexicanos Unidos.
- Del Aguila, F. (2000). *La salud en el naturismo*. Lima, Perú : Franco editores.
- Dreier, J. (1962). *La organización de los Estados Americanos*. Buenos Aires, Argentina: Índice.
- DUBOS, R. (1975). El espejismo de la salud: utopías, progreso y cambio biológico. *Fondo de Cultura Económica*, 311.
- Espinoza Espinoza, J. (2007). *Derecho de personas*. Lima, Perú: Gaceta Jurídica.
- Fernández Sessarego, C. (2009). *Derecho de las personas*. Lima, Perú: Grijley.
- Ficher, J. (1988). *Sociología y cambios en las estructuras sociales*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Figuroa de López, S. (2012). *INTRODUCCION A LA SALUD PÚBLICA*. Obtenido de saludpublicayepi.files.wordpress.com:
<https://saludpublicayepi.files.wordpress.com/2012/06/documento-3er-parcial-compilacion-4-documentos.pdf>
- Figuroa de López, S. (2012). *Introducción a la salud pública*. Obtenido de Universidad de San Carlos: <https://saludpublicayepi.files.wordpress.com/2012/06/documento-3er-parcial-compilacion-4-documentos.pdf>
- Figuroa García-Huidobro, R. (2009). *Justificación del rol de las cortes haciendo justiciables los derechos económicos, sociales y culturales, en particular, el derecho a la protección de la salud*. Santiago de Chile: Revista chilena de derecho, 36(2).
- Flores Galindo, A. (1987). *Buscando un Inca*. Lima, Perú: Horizonte.
- García, O. (2013). *La necesaria regulación de la medicina tradicional en la legislación guatemalteca y la implementación de un régimen sancionatorio para quienes la*

ejerzan con lucro, sin los conocimientos apropiados. Obtenido de www.biblioteca.oj.gob.gt: http://biblioteca.oj.gob.gt/digitales/45927.pdf

Gómez de la Torre, B. (1982). *El delito de lesiones*. Salamanca, España: Universidad de Salamanca.

Gomez Peralta, O. (1990). *Las poblaciones marginales en el Perú*. Lima, Perú: CONCYTEC.

Gonzales Amichastegui, J. (2010). *Las teorías de los derechos humanos y la justicia*. Lima, Perú.

González Díaz, C. (2005). En torno a una definición sobre el Derecho de la Salud. *Escuela Nacional de Salud Pública*, 1 - 6 .

Gonzales, A. (2010). *Derecho a la salud de los grupos étnicos en Bogotá. Análisis de la política pública en salud distrital 2004 - 2007 (tesis de maestría)*. Obtenido de <http://www.urosario.edu.co: http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/1842/46387463.pdf>

Gonzales, A. O. (2011). *¿Cómo aprender y enseñar investigación científica?* Huancavelica, Perú: niversidad Nacional de Huancavelica.

Guevara Salas, S. (2009). *Ucayali: Análisis de situación en población*. Lima, Perú : UNFPA.

Herrera, N. (2014). *la ley de la consulta previa en el Perú y su reglamento. La problemática de las comunidades campesinas y nativas*. Lima, Perú.

Kapsoli, W. (1987). *Los movimientos campesinos en el Perú*. Lima, Perú: Atusparia.

Kliksberg, B. (2007). *las sociedades igualitarias como sociedades en crecimiento*. Madrid, España: Grao.

Lahera, E. (2002). *Introducción a las Políticas Públicas*. (1ª. ed.).España: Fondo de Cultura Económica Usa.

- Lema Añón, C. (2010). *El Derecho a la salud: Concepto y Fundamento*. Madrid: Instituto de Derechos Humanos Bartolomé de las Casas Departamento de Derecho Internacional, Eclesiástico y Filosofía del Derecho Universidad Carlos III de Madrid.
- Leon Fiel, A. (2006). *Las comunidades indígenas*. Lima, Perú.
- Lopategui, E. (2000). *El concepto de salud*. Obtenido de www.saludmed.com: <http://www.saludmed.com/Salud/CptSalud/CptSaCon.html>
- López Pavillard, S. (2016). *La vida como proceso de sanación: prácticas chamánicas del alto Amazonas en torno a la ayahuasca en España*. Madrid : Universidad Complutense de Madrid.
- Lowie, R. (1972). *La sociedad primitiva*. (1ª. ed.). Buenos Aires: Amorrortu.
- Mariátegui, J. (1999). *7 ensayos de la realidad peruana*. Lima, Perú: Minerva.
- Martínez Maldonado, R. (1994). *EL concepto, la percepción de salud y la práctica de estilos de vida saludables*. Monterrey: Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Méndez, C. (2002). *Metodología. Diseño y desarrollo del proceso de investigación*. Colombia: Mc Graw Hill.
- Ministerio de Cultura. (2014). *Conocimientos tradicionales*. Lima. Perú.
- Muller, P. (2010). *Las Políticas Públicas*. (3ª. ed.). Colombia: Universidad externado de Colombia.
- Orbegoso Villafane, E. (1997). *Introducción a las ciencias sociales*. Lima, Perú: San Marcos.
- Salaverry, O.(2010). *Historia de la Medicina Peruana en el Siglo XX*. (1ª.ed.).Perú:UNMSM.
- Hvalkof, A. (2003).*Liberation through lan rights in the peruvian amazon*.(1ª.ed.). Perú: International Work Group for Indigenous Affairs.
- Pajares, S. (2004). *Metodología de la investigación jurídica. Parte II*. Lima, Perú: Editorial Gráfica SESUP.

- Pariona, W. (2014). *alud y enfermedad en Ayacucho: la medicina tradicional en el escenario del siglo XXI*. Obtenido de www.cybertesis.unmsm.edu.pe: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4082/1/Pariona_cw.pdf
- Paz Lourido, B. (2008). *Entre lo ideal y las realidades: la fisioterapia en la atención primaria domiciliaria*. Illes Balears: Universitat de les Illes Balears.
- Pintado, E. (2016). *La implementación de políticas públicas en salud para los pueblos indígenas de Santa María del Nieva en Amazonas: la tensión entre la atención al VIH-SIDA y el enfoque intercultural*. (Tesis de maestría, Pontificia Universidad Católica del Perú). (Acceso el 8 de enero de 2017).
- Peces, G. (2004). *Lecciones de Derechos Fundamentales*. (1ª. ed.). España: Dykinson, S.L.
- Peña, A. (2004). *Poder Judicial comunal Aymara en el Sur Andino*. (1ª. ed.). Perú: Instituto Latinoamericano de Servicios Legales.
- Ramírez, E. (2011). *Etnicidad, identidad, Interculturalidad: Teorías, conceptos y procesos de la racionalidad grupal humana*. (1ª. ed.). España: Editorial Universitaria Ramon Areces.
- Rojas Tello, D. (2015). *¿Por qué no existe una verdadera educación en el Perú y en el mundo?* Lima, Perú: Thales.
- Roth, D., A. (2002). *Políticas Públicas Formulación, Implementación y Evaluación*. (10ª. ed.). Colombia: Aurora.
- Salazar Bondy, A. (1968). *La cultura de dominación*. Lima, Perú: Moncloa.
- Salleras Sanmartí, L. (1985). *La salud y sus determinantes*. Madrid: Díaz de Santos.
- Silva Santisteban, F. (1972). *El pensamiento mágico religioso en el Perú contemporáneo*. Lima, Perú : Baca.
- Steiner, R. (1975). *Diccionario Steiner del ocultismo*. (1ª. ed.). Ecuador: Ariel.
- Sharon, E. (1980). *Medicina Basada en la evidencia. Cómo practicar y enseñar la MBE*. (5ª. ed.). Perú: Elsevier.

- Torres, M. (2015). *Potestad de los pueblos indígenas sobre los recursos naturales*.
Obtenido de <http://tesis.pucp.edu.pe:>
<http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/6256>
- Valbuena Leguizamo, J. A., & Mahecha, P. (2004). *Modulos de Derechos Humanos. Formación para la prevención de la violación de los Derechos Humanos en Colombia*. Bogotá: National Education Association, Internacional de la Educación, FECODE.
- Valdivia, O. (1922). *La Medicina Popular Peruana*. (1ª. ed.). Perú: Torre Aguirre.
- Vergara Quintero, M. C. (2006). *epresentaciones sociales que orientan la experiencia de vida de algunos grupos*. Manzanales : Universidad de Manizales.
- Vergara Quintero, M. C. (2007). *Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad*. Obtenido de Hacia la Promoción de la Salud:
http://recursos.salonesvirtuales.com/wp-content/uploads/bloques/2012/08/Revista-12_4.pdf
- Vergara, M. (1999). *El libro esotérico*. Lima, Perú : San Marcos.
- Viveros, M. (1993). La noción de representación social y su utilización en los estudios sobre salud y enfermedad. *Revista Colombiana de Antropología*, 237-260.
- World Health Organization. (2006). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*.
Obtenido de [http://www.who.int/en/:](http://www.who.int/en/)
http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
- Zavala, A. (2006). *Metodología de la investigación científica*. Lima, Perú: San Marcos.

ANEXOS

ANEXO 1. MATRIZ DE CONSISTENCIA

MATRIZ DE CONSISTENCIA	
TÍTULO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN	La medicina tradicional y el derecho a la salud intercultural en el Perú
PROBLEMA GENERAL	¿Cuáles son los efectos jurídicos de las políticas públicas de interculturalidad respecto a la protección del derecho a la salud de las comunidades nativas en el Perú?
PROBLEMA ESPECÍFICO	¿De qué manera se desarrolla la protección del derecho a la salud para las comunidades nativas en el Perú?
PROBLEMA ESPECÍFICO	¿Cuáles son los alcances de la consulta previa respecto a la implementación de la salud intercultural en la prestación de servicios sanitarios en el Perú?
OBJETIVO GENERAL	Determinar cuáles son los efectos jurídicos de las políticas públicas de la interculturalidad respecto a la protección del derecho a la salud de las comunidades nativas en el Perú.
OBJETIVO ESPECÍFICO	Explicar de qué manera se desarrolla la protección del derecho a la salud para las comunidades nativas en el Perú.
OBJETIVO ESPECÍFICO	Determinar los alcances de la consulta previa respecto a la implementación a la salud intercultural en la prestación de servicios sanitarios en el Perú.
SUPUESTO JURÍDICO GENERAL	Los efectos jurídicos de las políticas públicas de la interculturalidad en salud implementadas por el Estado inciden de manera irregular en la protección del derecho a la salud de las comunidades nativas en el Perú debido a la débil institucionalidad indígena, asimismo por no contar con un presupuesto suficiente y personal médico que no atiende las demandas de salud intercultural de estas poblaciones.

SUPUESTO JURÍDICOS ESPECÍFICO	La protección del derecho a la salud para las comunidades nativas en el Perú se desarrolla de manera ineficaz debido a las limitaciones de las políticas públicas con un enfoque intercultural; la discriminación institucional por parte del personal médico en salud y a la falta de dialogo entre los sistemas de salud tradicional y occidental, al interior del país.	
SUPUESTO JURIDICO ESPECÍFICO	En la actualidad, el Estado a través del Ministerio de Cultura no cumple en efectuar los alcances de la consulta previa prevista en el Convenio 169 de la OIT, a fin de prevalecer e implementar el derecho a la salud intercultural de las comunidades nativas en los centros de salud pública al interior del país.	
DISEÑO DE ESTUDIO	Fenomenológico	
MUESTRA	<p>Cabe precisar que la muestra en la presente investigación estará conformada de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 1 abogado especialista en derecho Indígena ✓ 1 especialista en políticas públicas de interculturalidad en salud ✓ 2 abogados constitucionalistas ✓ 3 abogados 	
CATEGORIZACIÓN CATEGORÍAS	<p>C1: Medicina Tradicional. C2: Derecho a la Salud.</p>	
MEDICINA TRADICIONAL	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	SUBCATEGORIZACIÓN
	La medicina tradicional es un saber ancestral que existe desde hace 3000 A.C muy latente en las culturas pre-incas, de modo ejemplar manifestándose en la cultura Chimú, siendo su máximo esplendor y florecimiento en el imperio incaico. Después de la conquista española, tales saberes ancestrales fueron calificados por el poder hegemónico de la iglesia católica como practicas pactadas con el diablo, o mejor dicho	<ul style="list-style-type: none"> - Curandismo - Cosmovisión Holística

DERECHO A LA SALUD	prácticas parasitarias que se basan en la herejía y la superstición.	
	El Derecho a la Salud puede ser definido como la rama del Derecho que regula las relaciones jurídicas que tienen por objeto la salud humana y su protección, entendida la salud como una actitud de armonía que abarca los estados de completo bienestar físico, mental y social, lograda en un medio ambiente que garantice la sostenibilidad de este equilibrio.	-Derecho a la salud como política pública - Salud Intercultural
TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	Entrevistas – Guía de Entrevista Análisis documental – Guía de análisis documental	

Fuente: Elaboración propia, 2017.

Anexo 2: Conclusiones

N.º	LISTA DE AUTORES	CITAS TEXTUALES	VARIABLE DE CALIFICACIÓN DE PERTINENCIA				TÉCNICAS DE INTERPRETACIÓN	CONCLUSIÓN									
			Congruente	Muy congruente	Incongruente	Demasiado incongruente			Ley	Jurisprudencia	Derecho comparado	Doctrina	Principios generales del derecho	Costumbre	Análisis hermenéutico	Análisis exegético	Análisis teleológico
1	Bermúdez Tapia, M. (2002). Los derechos lingüísticos. Lima, Perú : Ediciones legales.	“Pero esta identidad cultural de un pueblo está seriamente limitada, por un conjunto de factores sociales, políticos, etc., y en el caso de salvarse estos problemas, la barrera más alta lo constituirá el	X						X		X						Se concluye que en los últimos veinte años, de acuerdo a la realidad nacional, superar el problema del costo económico para la implementación de políticas de protección y fomento destinadas a las

problema del costo económico para la implementación de políticas de protección y fomento de culturas indígena” (Bermúdez, 2002, p. 93).

“A este divorcio entre la legislación y la realidad sociocultural de una nación latinoamericana se suma el problema del funcionario político administrativo que debe llevar a cabo la aplicación de la ley “(Bermúdez, 2002, p. 92).

“Por esto se afirma que las normas legislativas pertinente al tema son declarativas más que

culturas indígenas constituye una seria y grave limitación para la identidad cultural de los pueblos, debido a una serie de factores políticos sociales.

		nominativas” (Bermúdez, 2002, p. 99)					
2	Bernales Ballesteros, E. (2012). Constitución de 1993 comentada. Lima, Perú: Idemsa.	Estas comunidades existieron antes de la invasión española cuando conquistaron el imperio incaico, por tanto tales comunidades campesinas y nativas son instituciones denominadas por el tenor peruano como “Comunidades de indígenas” (Bernales, 2012, p. 433).	X		X	X	Se concluye que la norma fundamental solo protege el derecho a la protección de la salud, y no a la salud propiamente dicha. Por consiguiente, si toda persona se encuentra en un estado de perturbación o sufre una alteración psicológica mental ante tal complejidad será pertinente que reciba una absoluta y entera protección por parte del Estado.
		El solo hecho de declarar su constitución reciente, el marco objetivo de comunidad campesina o nativa, por consiguiente, incluye a todo el grupo humano y el conocimiento ancestral que lo integra					

(Bernaes, 2012, p. 433).

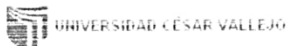
Toda su cultura y cosmovisión acontecen dentro de las comunidades campesinas y nativas, porque conservan sus creencias a partir de una perspectiva histórica que les facilita revertir el aislamiento que vivieron por mucho tiempo (Bernaes, 2102, p. 433).

3	<p>Bernales, E. (2015). La Constitución de 1993. Veinte años después. Lima, Perú: Idemsa.</p>	<p>Sobre el derecho a la protección de la salud, Bernales señala que debido a su inmediatez, desde la dimensión individual, todo ser humano tiene derecho a la protección de su salud, asimismo a la solución de la gravedad de sus problemas. Cuando se trata de una ayuda mutua y recíproca siendo más educativa y preventiva nos referimos a la salud desde una dimensión familiar. Consecutivamente, cuando se pretende atender los problemas de las comunidades que sufren: violencia, epidemias, vacunas</p>	X		X	X	<p>Sobre el derecho a la protección de la salud, se concluye que debido a su inmediatez, desde la dimensión individual, todo ser humano tiene derecho a la protección de su salud, asimismo a la solución de la gravedad de sus problemas. Desde una dimensión familiar, la protección del derecho de la salud abarca en llevar de una ayuda mutua y recíproca siendo más educativa y preventiva, en beneficio de sus integrantes. Por otro lado, desde una dimensión social se pretende atender los problemas de las comunidades que sufren: violencia, epidemias,</p>
---	---	--	---	--	---	---	---

		masivas, y pandemias generalizadas y se facilitan los medios necesarios mencionaremos que estamos ante la salud, desde una dimensión social (2015, p.215).				vacunas masivas, y pandemias generalizadas proporcionándose los medios necesarios para su protección colectiva.
4	Bernales Ballesteros, E. (2012). La Constitución de 1993 comentada. Lima, Perú: Idemsa.	Desde el análisis de la legislación, a diferencia de la Constitución del 1979, la Constitución de 1993 en el primer párrafo del artículo 89 representa el absoluto reconocimiento a la visibilidad social e histórica de las comunidades campesinas y nativas (Bernales, 2012, p. 433).	X	X	X	Bernales concluye que el primer párrafo del artículo 89, diferenciándose de la Constitución del 79, representa el absoluto reconocimiento a la visibilidad social e histórica de las comunidades campesinas y nativas, consideradas por el tenor nacional como “comunidades indígenas”
5	Birdard Campos, G. (1998). La Igualdad como derecho a la libertad. Lima, Perú.		X	X	X	En síntesis el derecho a la libertad y la igualdad se basa en el respeto integro que debe tener un

derecho humano como es el caso en su versión de integridad de seguridad social en cuanto a la protección de la salud del ser humano en todos los momentos de su vida, como también en su versión de seguridad cultural el de proteger las costumbres de los grupos humanos en todo momento, con el fin de que no se pierda su identidad cultural, el cual es patrimonio de toda una nación.

Anexo 3.- Solicitud de Validación de Instrumentos



SOLICITO:

Validación de instrumento de recojo de información.

Sr.: Dr. Rodriguez Figueroa Jorge

Yo **Jorge Franklin Gomez Uribe** identificado con DNI N° **44841095**, alumno de la EP de **Derecho**, a usted con el debido respeto me presento y le manifiesto:

Que siendo requisito indispensable el recojo de datos necesarios para la tesis que vengo elaborando titulada: "**La medicina tradicional y el derecho a la salud intercultural en el Perú**" solicito a Ud. Se sirva validar el instrumento que le adjunto bajo los criterios académicos correspondientes. Para este efecto adjunto los siguientes documentos:

- Instrumento
- Ficha de validación de instrumento
- Matriz de consistencia

Por tanto:

A usted, ruego acceder mi petición.

Lima, 22 de noviembre de 2017

NOMBRES Y APELLIDOS
FIRMA

SOLICITO:
Validación de instrumento de
recojo de información.

Sr.: Dr. Israel Ballena César Augusto

Yo **Jorge Franklin Gomez Uribe** identificado con DNI N° **44841095**, alumno de la EP de **Derecho**, a usted con el debido respeto me presento y le manifiesto:

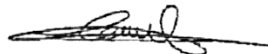
Que siendo requisito indispensable el recojo de datos necesarios para la tesis que vengo elaborando titulada: "**La medicina tradicional y el derecho a la salud intercultural en el Perú**" solicito a Ud. Se sirva validar el instrumento que le adjunto bajo los criterios académicos correspondientes. Para este efecto adjunto los siguientes documentos:

- Instrumento
- Ficha de validación de instrumento
- Matriz de consistencia

Por tanto:

A usted, ruego acceder mi petición.

Lima, 22 de noviembre de 2017



NOMBRES Y APELLIDOS
FIRMA

SOLICITO:

Validación de instrumento de
recojo de información.

Sr.: Dr. Luca Aceto

Yo **Jorge Franklin Gomez Uribe** identificado con DNI N° **44841095**, alumno de la EP de **Derecho**, a usted con el debido respeto me presento y le manifiesto:

Que siendo requisito indispensable el recojo de datos necesarios para la tesis que vengo elaborando titulada: "**La medicina tradicional y el derecho a la salud intercultural en el Perú**" solicito a Ud. Se sirva validar el instrumento que le adjunto bajo los criterios académicos correspondientes. Para este efecto adjunto los siguientes documentos:

- Instrumento
- Ficha de validación de instrumento
- Matriz de consistencia

Por tanto:

A usted, ruego acceder mi petición.

Lima, 3 de octubre de 2017


NOMBRES Y APELLIDOS
FIRMA

Anexo 4.- Validación de Instrumentos

VALIDACION DE INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES

- 1.1. Apellidos y Nombres:.....
 1.2. Cargo e Institución donde labora:.....
 1.3. Nombre del Instrumento motivo de evaluación:.....
 1.4. Autor (A) de Instrumento:

II. ASPECTOS DE VALIDACION:

CRITERIOS	INDICADORES	INACEPTABLE						MINIMAMENTE ACEPTABLE			ACEPTABLE			
		40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
1. CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje comprensible.													
2. OBJETIVIDAD	Esta adecuado a las leyes y principios científicos.													
3. ACTUALIDAD	Este adecuado a los objetivos y las necesidades reales de la investigación.													
4. ORGANIZACION	Existe una organización lógica.													
5. SUFICIENCIA	Toma en cuenta los aspectos metodológicos esenciales.													
6. INTENCIONALIDAD	Esta adecuado para valorar las variables de los Supuestos.													
7. CONSISTENCIA	Se respalda en fundamentos técnicos y/o científicos.													
8. COHERENCIA	Existe coherencia entre lo problemas, objetivos, supuestos.													
9. METODOLOGIA	La estrategia responde una metodología y diseño aplicados para lograr probar los supuestos jurídicos.													
10. PERTINENCIA	El instrumento muestra la relación entre los componentes de la investigación y su adecuación al Método Científico.													

III. OPINION DE APLICABILIDAD

- El instrumento cumple con los Requisitos para su aplicación.
- El instrumento no cumple con los requisitos para su aplicación.

IV. PROMEDIO DE VALORACION:

 %

Lima,del 2017

FIRMA DEL EXPERTO INFORMANTE

DNI N°.....Telf:.....

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES

- 1.1. Apellidos y Nombres:.....
 1.2. Cargo e institución donde labora:.....
 1.3. Nombre del instrumento motivo de evaluación: Ficha de validación
 1.4. Autor(A) de Instrumento: Jorge Franklin Gomez Uribe

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

CRITERIOS	INDICADORES	INACEPTABLE						MINIMAMENTE ACEPTABLE			ACEPTABLE			
		40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
1. CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje comprensible.													
2. OBJETIVIDAD	Esta adecuado a las leyes y principios científicos.													
3. ACTUALIDAD	Está adecuado a los objetivos y las necesidades reales de la investigación.													
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.													
5. SUFICIENCIA	Toma en cuenta los aspectos metodológicos esenciales													
6. INTENCIONALIDAD	Está adecuado para valorar el desarrollo teórico de la investigación.													
7. CONSISTENCIA	Se respalda en fundamentos técnicos y/o científicos.													
8. COHERENCIA	Existe coherencia entre los problemas, objetivos y supuestos jurídicos													
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde una metodología y diseño aplicados para lograr probar los supuestos.													
10. PERTINENCIA	El instrumento muestra la relación entre los componentes de la investigación y su adecuación al Método Científico.													

III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD

- El Instrumento cumple con los Requisitos para su aplicación
- El Instrumento no cumple con Los requisitos para su aplicación

IV. PROMEDIO DE VALORACIÓN :

95%

Lima..... de 2017

FIRMA DEL EXPERTO INFORMANTE

DNI/No. de Identificación..... Telf:.....



DR. RODRIGUEZ PALENCIA JORGE

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES

- 1.1. Apellidos y Nombres: Israd B. Carras
 1.2. Cargo e institución donde labora: Docente UCV
 1.3. Nombre del instrumento motivo de evaluación: Ficha de validación
 1.4. Autor(A) de Instrumento: Jorge Franklin Gomez Uribe

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

CRITERIOS	INDICADORES	INACEPTABLE						MINIMAMENTE ACEPTABLE				ACEPTABLE			
		40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	
1. CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje comprensible.												X		
2. OBJETIVIDAD	Esta adecuado a las leyes y principios científicos.												X		
3. ACTUALIDAD	Está adecuado a los objetivos y las necesidades reales de la investigación.												X		
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.												X		
5. SUFICIENCIA	Toma en cuenta los aspectos metodológicos esenciales												X		
6. INTENCIONALIDAD	Está adecuado para valorar el desarrollo teórico de la investigación.												X		
7. CONSISTENCIA	Se respalda en fundamentos técnicos y/o científicos.												X		
8. COHERENCIA	Existe coherencia entre los problemas, objetivos y supuestos jurídicos												X		
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde una metodología y diseño aplicados para lograr probar los supuestos.												X		
10. PERTINENCIA	El instrumento muestra la relación entre los componentes de la investigación y su adecuación al Método Científico.												X		

III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD

- El Instrumento cumple con los Requisitos para su aplicación
- El Instrumento no cumple con Los requisitos para su aplicación

IV. PROMEDIO DE VALORACIÓN :

SI

NO

Lima... 22 de Noviembre de 2017


FIRMA DEL EXPERTO INFORMANTE

DNI No. 10796211 Telf.

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

I. DATOS GENERALES

- 1.1. Apellidos y Nombres: ACETO LUCA
 1.2. Cargo e institución donde labora: DOCENTE NEÓFITO UCV
 1.3. Nombre del instrumento motivo de evaluación: Ficha de validación
 1.4. Autor(A) de Instrumento: Jorge Franklin Gomez Uribe

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN

CRITERIOS	INDICADORES	INACEPTABLE						MINIMAMENTE ACEPTABLE			ACEPTABLE			
		40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
1. CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje comprensible.												X	
2. OBJETIVIDAD	Esta adecuado a las leyes y principios científicos.												X	
3. ACTUALIDAD	Está adecuado a los objetivos y las necesidades reales de la investigación.												X	
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.												X	
5. SUFICIENCIA	Toma en cuenta los aspectos metodológicos esenciales												X	
6. INTENCIONALIDAD	Está adecuado para valorar el desarrollo teórico de la investigación.												X	
7. CONSISTENCIA	Se respalda en fundamentos técnicos y/o científicos.												X	
8. COHERENCIA	Existe coherencia entre los problemas, objetivos y supuestos jurídicos												X	
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde una metodología y diseño aplicados para lograr probar los supuestos.												X	
10. PERTINENCIA	El instrumento muestra la relación entre los componentes de la investigación y su adecuación al Método Científico.												X	

III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD

- El Instrumento cumple con los Requisitos para su aplicación
- El Instrumento no cumple con Los requisitos para su aplicación

X

85%

Lima, 31 DE OCTUBRE de 2017

Jorge Franklin Gomez Uribe
 FIRMA DEL EXPERTO INFORMANTE

DNI No. 4892653 Telf.: 931799729

Anexo 5.- Guía de Entrevistas

GUIA DE ENTREVISTAS

Dirigido a expertos

Título: "La medicina tradicional y el derecho a la salud intercultural"

Nombre del entrevistado: Carlos Ramos Núñez

Dirección:

Fecha:.....

Hora:

OBJETIVO GENERAL

Determinar cuáles son los efectos jurídicos de las políticas públicas de la interculturalidad respecto a la protección del derecho a la salud de las comunidades nativas en el Perú

1. ¿Cuál es la efectividad de las políticas públicas en las Direcciones Regionales de Salud?

Existen esfuerzos importantes en relación a las políticas públicas en salud, sin embargo, aún sigue siendo una tarea pendiente en los lugares donde existe poca presencia estatal, donde no solo se carece de salud sino también de educación, vías de acceso, entre otros.

2. ¿Cuáles son los efectos jurídicos de las políticas públicas respecto a la protección del derecho a la salud de las comunidades nativas en el Perú?

Considero que para el caso de las comunidades indígenas no es suficiente las tradicionales políticas públicas sino políticas integrales que

inicien con la identificación de las comunidades indígenas, además promover su participación de dichas comunidades respetando su cosmovisión y tradiciones.

3. ¿Qué relación existe entre los indicadores de salud y las políticas públicas destinadas a la prestación de servicios sanitarios al interior del país?

Se debe procurar elegir indicadores de salud que midan de forma adecuada los efectos y necesidades de servicios sanitarios al interior del país con un enfoque multicultural, para poder establecer adecuadas políticas públicas.

OBJETIVO ESPECIFICO 1

Explicar de qué manera se desarrolla la protección del derecho a la salud para las comunidades nativas en el Perú

1. ¿Qué lineamientos debe realizar el Estado a través del Ministerio de Salud para que las poblaciones indígenas no caigan en un estado de indefensión, a raíz de un alto índice de mortalidad y morbilidad?

El Estado debe tener presente que las comunidades indígenas son un grupo vulnerable, por lo tanto, se exige medidas especiales de protección para garantizar mínimos que permitan el derecho a vivir de forma digna en el caso concreto.

2. ¿Cuál es la principal razón por lo que el Estado no ejecuta mecanismos necesarios de protección para la generación de áreas especializadas en los hospitales al interior del país, a fin que se pueda brindar una salud intercultural a las comunidades indígenas?

Considero que se debe formar equipos multidisciplinarios de profesionales que manejen la cosmovisión indígena y la occidental, con

la finalidad de generar áreas especializadas en los hospitales luego de conocer sus necesidades según su organización comunal, problemas de tierra, problemas de agua potable, problemas alimenticios y enfermedades habituales.

3. ¿Cuál es la relación entre el derecho del desarrollo con la protección del derecho a la salud de las comunidades nativas en el Perú?

Aquí no se especifica si es un entre un derecho al desarrollo económico, social, tecnológico. Si la pregunta se refiere al económico. Existe un desarrollo industrial que en algunas ocasiones degrada y contamina el medio ambiente lo cual genera una afectación directa a la salud de las comunidades indígenas.

OBJETIVO ESPECIFICO 2

Determinar los alcances de la consulta previa respecto a la implementación de la salud intercultural en la prestación de servicios sanitarios en el Perú

1. ¿Qué entiende usted por derecho a la salud de los pueblos indígenas en el Perú?

Los pueblos indígenas tienen derecho a medidas específicas que les permitan mejorar su acceso a los servicios de salud y a las atenciones de la salud. Los servicios de salud deben ser apropiados desde el punto de vista cultural, es decir, tener en cuenta los cuidados preventivos, las prácticas curativas y las medicinas tradicionales [...]. Para las comunidades indígenas, la salud del individuo se suele vincular con la salud de la sociedad en su conjunto y presenta una dimensión colectiva. A este respecto, el Comité considera que [...] la [...] pérdida por esas poblaciones de sus recursos alimenticios y la ruptura de su relación simbiótica con la tierra, ejercen un efecto perjudicial sobre la salud de esas poblaciones¹.

¹ Comité DESC, Observación General N° 14, UN. Doc. E/C.12/2000/4. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), (22º período de sesiones, 2000), párr. 27.

Un claro ejemplo de dialogo intercultural en salud resultó en la adecuación del parto vertical, practica ancestral de nuestros antepasados, que ha sido adecuado por el Ministerio de Salud, según la Norma Técnica N° 033- MINSA/DGSP-V.01.

2. ¿De qué forma incide la consulta previa en el derecho a la salud en el desarrollo de los pueblos indígenas?

Mediante la consulta previa los pueblos indígenas pueden solicitar salvaguardas ambientales e infraestructura en salud.

3. ¿Cuál es la efectividad de la consulta previa en cuánto a la implementación de la salud intercultural en la prestación de servicios sanitarios en el Perú?

La implementación de la salud intercultural en la prestación de servicios sanitarios es obligación del Estado. La consulta previa, cuando proceda, sería un mecanismo que coadyuve a dicho propósito.

GUIA DE ENTREVISTAS

Dirigido a expertos

Título: **"La medicina tradicional y el derecho a la salud intercultural"**

Nombre del entrevistado: Edgar Alejandro Martínez Muro

Dirección: Jr. Carabaya 641

Fecha: 19 de noviembre del 2017

Hora: 11:57 P.M.

OBJETIVO GENERAL

Determinar cuáles son los efectos jurídicos de las políticas públicas de la interculturalidad respecto a la protección del derecho a la salud de las comunidades nativas en el Perú

1. ¿Cuál es la efectividad de las políticas públicas en las Direcciones Regionales de Salud?

No hay coincidencia entre ambos ángulos, debido a la falta de voluntad del Estado a través de las políticas públicas con un enfoque intercultural en salud emitidas por el Ministerio de Salud. Esto, fundamentalmente, radica más por un tema de presupuesto público. Y tales políticas públicas se pierden por el camino. Entonces de que interculturalidad en salud hablamos, si el MINSA no cumple con proteger el derecho a la salud de los pueblos indígenas.

2. ¿Cuáles son los efectos jurídicos de las políticas públicas respecto a la protección del derecho a la salud de las comunidades nativas en el Perú?

Como efectos jurídicos podríamos mencionar: tasas de mortalidad, discriminación institucionalizada, un acceso ineficiente de los servicios de salud, rechazo hacia sus costumbres, creencias ancestrales.

3. ¿Qué relación existe entre los indicadores de salud y las políticas públicas destinadas a la prestación de servicios sanitarios al interior del país?

Los indicadores de salud para efectos de esta investigación se pueden utilizar para definir y determinar que problemas están presentes en la salud pública en un momento concreto, y también para señalar los cambios temporales en el nivel de salud de una población o individuo., evaluándose ante todo qué medidas se están alcanzando en los objetivos de un programa.

OBJETIVO ESPECIFICO 1

Explicar de qué manera se desarrolla la protección del derecho a la salud para las comunidades nativas en el Perú

1. ¿Qué lineamientos debe realizar el Estado a través del Ministerio de Salud para que las poblaciones indígenas no caigan en un estado de indefensión, a raíz de un alto índice de mortalidad y morbilidad?

El Estado peruano debería crear políticas públicas de salud de acuerdo a la realidad biosociocultural de las poblaciones indígenas, valorando etnográfica y antropológicamente su sistema de salud no occidental

2. ¿Cuál es la principal razón por lo que el Estado no ejecuta mecanismos necesarios de protección para la generación de áreas especializadas en los hospitales al interior del país, a fin que se pueda brindar una salud intercultural a las comunidades indígenas?

Principalmente se debe porque el Estado peruano se preocupa en temas de infraestructura, selección de personal altamente calificado que no conoce muy bien que significa realmente la salud intercultural; asimismo no existe una plena identificación entre el equipo técnico de salud del Ministerio de Salud con los pobladores indígenas que tienen otra forma de concebir lo que es la salud y enfermedad. Paralelamente, tanto los médicos y practicantes de salud pública ignoran las enfermedades culturales de estas poblaciones, dentro de su misma región. Por ejemplo: la importancia del jubeo o pasada de cuy para curar el susto o chacho en Huancayo o Ayacucho.

3. ¿Cuál es la relación entre el derecho del desarrollo con la protección del derecho a la salud de las comunidades nativas en el Perú?

Predomina una relación necesaria porque a través del derecho al desarrollo las poblaciones indígenas podrían confiar de manera equilibrada en los saberes médicos proporcionados por los profesionales de salud al saber que no se sienten apartados por el Estado y menos se sienten discriminados. Asimismo porque el derecho del desarrollo implica que estas poblaciones reciban una mayor protección del Estado.

OBJETIVO ESPECIFICO 2

Determinar los alcances de la consulta previa respecto a la implementación de la salud intercultural en la prestación de servicios sanitarios en el Perú

1. ¿Qué entiende usted por derecho a la salud de los pueblos indígenas en el Perú?

Es el derecho fundamental de los pueblos originarios a recibir una mejor prestación de servicios sanitarios, en función a sus condiciones etnográficas, teniendo en cuenta los ingresos económicos de dicha población.

2. ¿De qué forma incide la consulta previa en el derecho a la salud en el desarrollo de los pueblos indígenas?

Incide en lo absoluto porque a través del Convenio OIT N° 169 sobre Pueblos indígenas y Tribales menciona específicamente que estas poblaciones deberán gozar plenamente de sus derechos fundamentales: Si hablamos de salud con un enfoque intercultural con mayor razón todavía, de lo contrario el Estado peruano estaría incurriendo en una responsabilidad política por su falta de voluntad estatal y en un etnocidio calificado, porque de nada sirve concebir la salud como una mercancía, en consecuencia se crearía enormes brechas de desigualdad, políticas públicas de salud basadas en una enorme y voraz privatización, mientras que por otra parte se menosprecia a tales poblaciones indígenas y se les impide que no tengan un mejor desarrollo en calidad de vida.

3. ¿Cuál es la efectividad de la consulta previa en cuanto a la implementación de la salud intercultural en la prestación de servicios sanitarios en el Perú?

La efectividad desde mi punto de vista sería positiva porque en función a tu objetivo específico el Estado peruano daría un gran salto jurídico y dejaría de lado en basarse en temas de explotación de recursos mineros o en la debida expropiación de tierras por parte de empresas transnacionales en el oriente peruano. Solo así, nuestros hermanos indígenas podrían mejorar su salud.


Cesar Alejandro Martínez Alvarado
ABOGADO
REG. C.P.L. 515 231

GUIA DE ENTREVISTAS

Dirigido a expertos

Título: "La medicina tradicional y el derecho a la salud intercultural"

Nombre del entrevistado: Manuel Bermúdez Tapia

Dirección: Jr Carlos Pareja 255 San Miguel Lima, Perú

Fecha: 6 de noviembre de 2017

Hora: 10 am

OBJETIVO GENERAL

Determinar cuáles son los efectos jurídicos de las políticas públicas de la interculturalidad respecto a la protección del derecho a la salud de las comunidades nativas en el Perú

1. ¿Cuál es la efectividad de las políticas públicas en las Direcciones Regionales de Salud?

No hay relación entre ambos puntos, principalmente porque las políticas públicas en salud son generales y no responden a las particularidades étnicas en las zonas donde se ejecutan.

2. ¿Cuáles son los efectos jurídicos de las políticas públicas respecto a la protección del derecho a la salud de las comunidades nativas en el Perú?

Las poblaciones indígenas en esencia están desprotegidos, principalmente en el acceso a un servicio eficiente y sobre todo diligente conforme a su propia costumbre y condiciones de salud.

3. ¿Qué relación existe entre los indicadores de salud y las políticas públicas destinadas a la prestación de servicios sanitarios al interior del país?

Lamentablemente no hay documentos oficiales y probablemente no existan.

OBJETIVO ESPECIFICO 1

Explicar de qué manera se desarrolla la protección del derecho a la salud para las comunidades nativas en el Perú

1. ¿Qué lineamientos debe realizar el Estado a través del Ministerio de Salud para que las poblaciones indígenas no caigan en un estado de indefensión, a raíz de un alto índice de mortalidad y morbilidad?

Se debería en principio partir por entender las condiciones y características especiales que tienen las comunidades nativas en cuanto a su propia salud (en el ámbito individual) y en el ámbito colectivo respecto de programas de vacunación, de atención de enfermedades crónicas y de enfermedades locales o temporales para así poder atender a una "población" en forma eficiente.

2. ¿Cuál es la principal razón por lo que el Estado no ejecuta mecanismos necesarios de protección para la generación de áreas especializadas en

los hospitales al interior del país, a fin que se pueda brindar una salud intercultural a las comunidades indígenas?

Porque el programa de salud en principio es deficiente a modo general, ejecutar un programa mucho más especial es complicado para el propio Estado porque implicaría un mayor presupuesto y una mayor diligencia

3. ¿Cuál es la relación entre el derecho del desarrollo con la protección del derecho a la salud de las comunidades nativas en el Perú?

Principalmente con respecto del "derecho a la consulta previa", muchas comunidades nativas ven el tema "salud" con respecto del impacto ambiental que producirá una actividad extractiva minera (principalmente) ante esta situación es que existe una condición en la cual las poblaciones indígenas no reciben una tutela de derechos porque se les verá afectado un entorno geográfico de modo directo.

OBJETIVO ESPECIFICO 2

Determinar los alcances de la consulta previa respecto a la implementación de la salud intercultural en la prestación de servicios sanitarios en el Perú

1. ¿Qué entiende usted por derecho a la salud de los pueblos indígenas en el Perú?

Que la "salud" deba ser atendida en función a las condiciones etnográficas de una persona, tanto por sus condiciones personales como también respecto de la zona en la cual se ejecuta el servicio de salud

2. ¿De qué forma incide la consulta previa en el derecho a la salud en el desarrollo de los pueblos indígenas?

Incide en todo nivel, tanto en lo preventivo, para efectos de no generar una contaminación ambiental en una zona en la cual se está vinculada una comunidad determinada como también en lo reparatorio, cuando se ha detectado un hecho que ha afectado a la salud de la población, como cuando ocurre un derramamiento de petróleo en una zona amazónica. Evidentemente estos hechos se "registran" pero no se "reparan" en lo efectivo porque las medidas dictadas son muy simbólicas.

3. ¿Cuál es la efectividad de la consulta previa en cuanto a la implementación de la salud intercultural en la prestación de servicios sanitarios en el Perú?

Todavía no hay casos en los cuales se pueda evaluar una "respuesta" porque no se ha implementado una "consulta previa" y se haya publicado los resultados.

GUIA DE ENTREVISTAS

Dirigido a expertos

Título: "La medicina tradicional y el derecho a la salud intercultural"

Nombre del entrevistado: María Jesús Hulerig Kruger

Dirección: Jr. Carabaya 641

Fecha: 15 de noviembre del 2017

Hora: 4:45 P.M.

OBJETIVO GENERAL

Determinar cuáles son los efectos jurídicos de las políticas públicas de la interculturalidad respecto a la protección del derecho a la salud de las comunidades nativas en el Perú

1. ¿Cuál es la efectividad de las políticas públicas en las Direcciones Regionales de Salud?

No existe efectividad de las políticas públicas por parte de las Direcciones Regionales de Salud. Una implicancia principal se debe a la transformación constante de las políticas sanitarias y la colisión entre los sistemas de salud moderna y el sistema tradicional, siendo este último correspondiente a las poblaciones indígenas.

2. ¿Cuáles son los efectos jurídicos de las políticas públicas respecto a la protección del derecho a la salud de las comunidades nativas en el Perú?

Considero las tasas de mortalidad; la necesidad de incorporar perspectivas técnicas en interculturalidad; el racismo; el desinterés por parte de profesionales de la salud para atender y tratar las enfermedades culturales o regionales de los pobladores indígenas.

3. ¿Qué relación existe entre los indicadores de salud y las políticas públicas destinadas a la prestación de servicios sanitarios al interior del país?

Existe una relación directa porque los indicadores de salud se usan más como resultados de salud como calidad de vida o las expectativas de salud. Por su parte la mayor parte de las políticas públicas sanitarias surgen de un proceso sistemático de apoyo a las acciones para la salud pública basadas en la evidencia disponible junto con las preferencias de la comunidad, las realidades políticas y la disponibilidad de recursos.

OBJETIVO ESPECIFICO 1

Explicar de qué manera se desarrolla la protección del derecho a la salud para las comunidades nativas en el Perú

1. ¿Qué lineamientos debe realizar el Estado a través del Ministerio de Salud para que las poblaciones indígenas no caigan en un estado de indefensión, a raíz de un alto índice de mortalidad y morbilidad?

Los lineamientos que debe realizar el Estado es crear políticas públicas en salud de acuerdo a las preferencias específicas de las poblaciones indígenas, es decir debe adecuarlas a su cosmovisión, a su cultura y a sus creencias.

2. ¿Cuál es la principal razón por lo que el Estado no ejecuta mecanismos necesarios de protección para la generación de áreas especializadas en los hospitales al interior del país, a fin que se pueda brindar una salud intercultural a las comunidades indígenas?

Si el Estado no ejecuta mecanismos necesarios de protección es por razones económicas e ideológicas basadas en reformas, vale decir que la interculturalidad en el sistema de salud se restringe porque aún queda rezagos subalternados de colonialismo en el poder político.

3. ¿Cuál es la relación entre el derecho del desarrollo con la protección del derecho a la salud de las comunidades nativas en el Perú?

Hay una relación directa y proporcionada porque permite a las comunidades nativas acceder a mejores niveles de calidad vida, asimismo impide que exista brechas de desigualdad en cuanto a una mejor prestación de servicios sanitarios.

OBJETIVO ESPECIFICO 2

Determinar los alcances de la consulta previa respecto a la implementación de la salud intercultural en la prestación de servicios sanitarios en el Perú

1. ¿Qué entiende usted por derecho a la salud de los pueblos indígenas en el Perú?

Es el reconocimiento del Estado hacia las poblaciones indígenas logrando que accedan a una atención integral de salud, beneficiándolos individual y colectivamente en forma progresiva y eficiente.

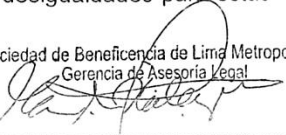
2. ¿De qué forma incide la consulta previa en el derecho a la salud en el desarrollo de los pueblos indígenas?

Incide con efectos positivos si hablamos en función a la salud intercultural, porque el Estado estaría brindando un mayor reconocimiento de las medicinas tradicionales, por otro lado estaría entendiendo y revalorizando los saberes tradicionales de las poblaciones indígenas.

3. ¿Cuál es la efectividad de la consulta previa en cuanto a la implementación de la salud intercultural en la prestación de servicios sanitarios en el Perú?

La efectividad de la consulta previa en cuanto a la implementación de la salud intercultural en la prestación de servicios sanitarios en el Perú tendría resultados positivos porque estaríamos creando una sociedad más justa y equitativa y el Estado dejaría de lado reformas basadas en un discurso oficial de salud pública; como mencioné líneas arriba, estaría revalorizando los conocimientos ancestrales de los pueblos indígenas. Finalmente se lograría una complementación de ambas medicinas, vale decir entre la medicina hegemónica occidental y la medicina tradicional que poseen estas poblaciones, y no precisamente porque no haya sido reconocida o sobrevalorada su propia medicina, sino porque en el Estado a través del Ministerio de Salud siempre hubo falencias técnicas y normativas, y análisis de desigualdades para estas poblaciones.

Sociedad de Beneficencia de Lima Metropolitana
Gerencia de Asesoría Legal


MARIA JESÚS HULERIG KRÜGER
APODERADA JUDICIAL
ABOGADA C.A.L. 24025

GUIA DE ENTREVISTAS

Dirigido a expertos

Título: "La medicina tradicional y el derecho a la salud intercultural"

Nombre del entrevistado: Harrison Luis Meneses Misajel

Dirección: Jr. Carabaya 641

Fecha: 17. 11.2017

Hora: 04:57 PM

OBJETIVO GENERAL

Determinar cuáles son los efectos jurídicos de las políticas públicas de la interculturalidad respecto a la protección del derecho a la salud de las comunidades nativas en el Perú

1. ¿Cuál es la efectividad de las políticas públicas en las Direcciones Regionales de Salud?

La políticas públicas de salud en el Perú se han desarrollado de manera poco eficiente y con un desconocimiento sideral de la realidad; no habiendo realizado un diagnostico situacional, razón por la cual se ha fracasado. Paragón a ello, debemos manifestar que la política de salud no está institucionalizada sobre bases estratégicas y mucho menos planeamiento ni a mediano ni largo plazo.

2. ¿Cuáles son los efectos jurídicos de las políticas públicas respecto a la protección del Derecho a la salud de las comunidades nativas en el Perú?

Desde la perspectiva del Derecho consuetudinario: El Estado cautela el Derecho a la salud; sin embargo ello solo se produce solo desde el aspecto normativo, generándose solo salpicaduras de buenas actuaciones en las políticas públicas.

3. ¿Qué relación existe entre los indicadores de salud y las políticas públicas destinadas a la prestación de servicios sanitarios al interior del país?

Los indicadores de salud y las políticas públicas tienen una relación intrínseca; pues su concepción se da en base a problemas reales y legítimos de unos contextos. Pero bajo esa misma línea temas de presupuesto o corruptelas insanas generan una infertilidad en las políticas públicas.

OBJETIVO ESPECIFICO 1

Explicar de qué manera se desarrolla la protección del derecho a la salud para las comunidades nativas en el Perú

1. ¿Qué lineamientos debe realizar el Estado a través del Ministerio de Salud para que las poblaciones indígenas no caigan en un estado de indefensión, a raíz de un alto índice de mortalidad y morbilidad?

Desarrollar una política agresiva de capacitación al personal de salud, plantear un plan estratégico con auditorías permanentes y la participación indubitable de contraloría general de la república para velar por los presupuestos.

2. ¿Cuál es la principal razón por lo que el Estado no ejecuta mecanismos necesarios de protección para la generación de áreas especializadas en los hospitales al interior del país, a fin que se pueda brindar una salud intercultural a las comunidades indígenas?.

Son la combinación de una serie de convergencias: desidia, negligencia, incompetencia; un cabal e innegable pretensión (capitalización) de lucrar con el presupuesto público.

3. ¿Cuál es la relación entre el derecho del desarrollo con la protección del derecho a la salud de las comunidades nativas en el Perú?
La protección a la salud es un Derecho constitucional que toda persona tiene que tener independientemente de su credo, etnia u origen geográfico; es en esa medida que una obligación del Estado es dotar de Servicios de calidad en la Salud pública

OBJETIVO ESPECIFICO 2

Determinar los alcances de la consulta previa respecto a la implementación de la salud intercultural en la prestación de servicios sanitarios en el Perú

1. ¿Qué entiende usted por derecho a la salud de los pueblos indígenas en el Perú?

Un derecho de primera categoría, irremplazable e impostergable. Fundamental, para generar calidad de vida al poblador indígena.

2. ¿De qué forma incide la consulta previa en el derecho a la salud en el desarrollo de los pueblos indígenas?.

La consulta Previa es un mecanismo de indagación, del cual se desprenderá la aquiescencia y negativa de la población, como tal tiene que ser respetada.

Pero en esa línea no está demás que el Estado busque estrategias comunicacionales que hagan más viable el mentado mecanismo.

3. ¿Cuál es la efectividad de la consulta previa en cuanto a la implementación de la salud intercultural en la prestación de servicios sanitarios en el Perú?

Es altísima efectividad, muchas poblaciones indígenas y andinas se han visto beneficiadas bajo el amparo de este sistema por así decirlo.

SOCIEDAD DE BENEFICENCIA METROPOLITANA
Abog. Harrold Luis Meneses Misajel
Subgerente de Asuntos Judiciales

GUIA DE ENTREVISTAS

Dirigido a expertos

Título: "La medicina tradicional y el derecho a la salud intercultural"

Nombre del entrevistado: Jefferson Armando Larragan Chamorro

Dirección: Calle 12 N° 440 Urb. La Florida, distrito del Rímac (Lima)

Fecha: 07. 11. 2017

Hora: 5:30 P.M

OBJETIVO GENERAL

Determinar cuáles son los efectos jurídicos de las políticas públicas de la interculturalidad respecto a la protección del derecho a la salud de las comunidades nativas en el Perú



1. ¿Cuál es la efectividad de las políticas públicas en las Direcciones Regionales de Salud?

Las políticas públicas de salud en el Perú se han llevado a cabo con poca efectividad sin tener un pleno conocimiento sobre la realidad y la problemática, que ocurre tanto en zonas rurales y amazónicas. Para tal efectividad es necesario que el Ministerio de Salud adopte otros lineamientos en coordinación con sus órganos adscritos respetando el carácter multiétnico del país, y mejorando el nivel de salud de los pueblos andinos y amazónicos en el marco de la interculturalidad como derecho.

2. ¿Cuáles son los efectos jurídicos de las políticas públicas respecto a la protección del Derecho a la salud de las comunidades nativas en el Perú?

En los últimos veinte años, el Estado peruano ha ido cautelando los derechos colectivos de las poblaciones indígenas, en cuanto a salud; sin embargo, nunca ha tomado en cuenta la participación comunitaria de sus integrantes a través de un verdadero diálogo intercultural.

3. ¿Qué relación existe entre los indicadores de salud y las políticas públicas destinadas a la prestación de servicios sanitarios al interior del país?



Los indicadores de salud y las políticas públicas de salud poseen una relación interdependiente, ya que con frecuencia los indicadores de salud son empleados para evaluar la eficacia y los efectos de tales políticas; por ejemplo, si no se conciben y no se emplean correctamente al diagnosticar a la realidad de las poblaciones andino y amazónicas en consecuencia no se podrían reflejar aspectos de sus derechos humanos por tanto se estaría vulnerando su dignidad humana.

OBJETIVO ESPECIFICO 1

Explicar de qué manera se desarrolla la protección del derecho a la salud para las comunidades nativas en el Perú

1. ¿Qué lineamientos debe realizar el Estado a través del Ministerio de Salud para que las poblaciones indígenas no caigan en un estado de indefensión, a raíz de un alto índice de mortalidad y morbilidad?

En vista que nuestro sistema de salud actual es ineficiente por ello es necesario introducir cambios que respondan de acuerdo a la necesidad

de las poblaciones, lo más principal es reducir la mortalidad de sus integrantes, realizándose una atención integral con calidad sociocultural implementándose la medicina tradicional de estas poblaciones en los centros de salud pública, aunque tomando como prioridad el ingreso económico de sus habitantes, ya que en ciertos casos algunos se encuentran en pobreza y extrema pobreza.

2. ¿Cuál es la principal razón por lo que el Estado no ejecuta mecanismos necesarios de protección para la generación de áreas especializadas en los hospitales al interior del país, a fin que se pueda brindar una salud intercultural a las comunidades indígenas?

Una principal razón se debe por un tema de presupuesto; en segundo lugar, por discriminación étnica hacia los saberes ancestrales de estas poblaciones. Si dispone de recursos los dispone de manera ineficiente.

3. ¿Cuál es la relación entre el derecho del desarrollo con la protección del derecho a la salud de las comunidades nativas en el Perú?

El derecho de desarrollo en relación con el derecho a la salud es un Derecho humano que cumple su efectividad si el Estado peruano actúa con democracia participativa, equidad y empoderamiento en beneficio de tales poblaciones al tomar en cuenta otros principios de derechos humanos relativos a la igualdad, la transparencia y la no discriminación.

OBJETIVO ESPECIFICO 2

Determinar los alcances de la consulta previa respecto a la implementación de la salud intercultural en la prestación de servicios sanitarios en el Perú

1. ¿Qué entiende usted por derecho a la salud de los pueblos indígenas en el Perú?

Es el derecho de los pueblos indígenas (que comprende tanto pueblos andinos y comunidades amazónicas), que se encuentra resguardado en diferentes ordenamientos internacionales, donde el Estado peruano garantiza su acceso a la salud y su asistencia, aunque no sea de manera eficiente y en algunos casos no se respete el carácter multiétnico de estas poblaciones así sean una minoría o mayoría dentro del país.



2. ¿De qué forma incide la consulta previa en el derecho a la salud en el desarrollo de los pueblos indígenas?

La consulta Previa como exigencia y obligatoriedad para el Estado peruano, incidirá que las poblaciones indígenas puedan exigir mejores medidas para curar y tratar sus enfermedades, de acuerdo a sus creencias y no sean tratados como seres inferiores por parte de algunos profesionales de la salud moderna; siempre y cuando la interculturalidad no se asuma como una herramienta técnica normativa por parte de las direcciones regionales de salud.

3. ¿Cuál es la efectividad de la consulta previa en cuánto a la implementación de la salud intercultural en la prestación de servicios sanitarios en el Perú?

Siendo concisos sería, sumamente, efectiva, para los pueblos andinos y comunidades amazónicas, entre paréntesis para las poblaciones indígenas; pues solo así existiría una adecuada implementación de

acuerdos entre el Estado y los pueblos consultados en materia de salud intercultural.



ABOGADO
Reg. C.A.L. Nº 61559

GUIA DE ENTREVISTAS

Dirigido a expertos

Título: "La medicina tradicional y el derecho a la salud intercultural"

Nombre del entrevistado: Alan Felix Berrospi Acosta
Dirección: Lima
Fecha: 10-11-2017
Hora: 9:00 a.m.

OBJETIVO GENERAL

Determinar cuáles son los efectos jurídicos de las políticas públicas de la interculturalidad respecto a la protección del derecho a la salud de las comunidades nativas en el Perú

1. ¿Cuál es la efectividad de las políticas públicas en las Direcciones Regionales de Salud?
Teniendo en cuenta la eficacia y eficiencia, la efectividad en todas las Direcciones Regionales de Salud no son los mismo.
2. ¿Cuáles son los efectos jurídicos de las políticas públicas respecto a la protección del derecho a la salud de las comunidades nativas en el Perú?
Los efectos jurídicos son la protección de intereses colectivos, que son de intereses del Estado. Estos efectos son positivos.
3. ¿Qué relación existe entre los indicadores de salud y las políticas públicas destinadas a la prestación de servicios sanitarios al interior del país?
En promedio la relación que indica es significativa. Hay indicadores que indican que las políticas públicas no están dando los resultados esperados.

OBJETIVO ESPECIFICO 1

Explicar de qué manera se desarrolla la protección del derecho a la salud para las comunidades nativas en el Perú

1. ¿Qué lineamientos debe realizar el Estado a través del Ministerio de Salud para que las poblaciones indígenas no caigan en un estado de indefensión, a raíz de un alto índice de mortalidad y morbilidad?
El Estado debe gestionar las necesidades que se presentan y que el presupuesto cumpla la finalidad
2. ¿Cuál es la principal razón por lo que el Estado no ejecuta mecanismos necesarios de protección para la generación de áreas especializadas en los hospitales al interior del país, a fin que se pueda brindar una salud intercultural a las comunidades indígenas?
Falta de planificación y profesionales adecuados
3. ¿Cuál es la relación entre el derecho del desarrollo con la protección del derecho a la salud de las comunidades nativas en el Perú?
A mayor protección del Derecho, hoy más acceso a la salud

OBJETIVO ESPECIFICO 2

Determinar los alcances de la consulta previa respecto a la implementación de la salud intercultural en la prestación de servicios sanitarios en el Perú

1. ¿Qué entiende usted por derecho a la salud de los pueblos indígenas en el Perú?
Derecho humanos (o derechos fundamentales) que le asisten al ciudadano peruano y que el Estado debe garantizar

2. ¿De qué forma incide la consulta previa en el derecho a la salud en el desarrollo de los pueblos indígenas?

De forma positiva, pues los pueblos pueden evolucionar si es por su voluntad se ve perjudicada

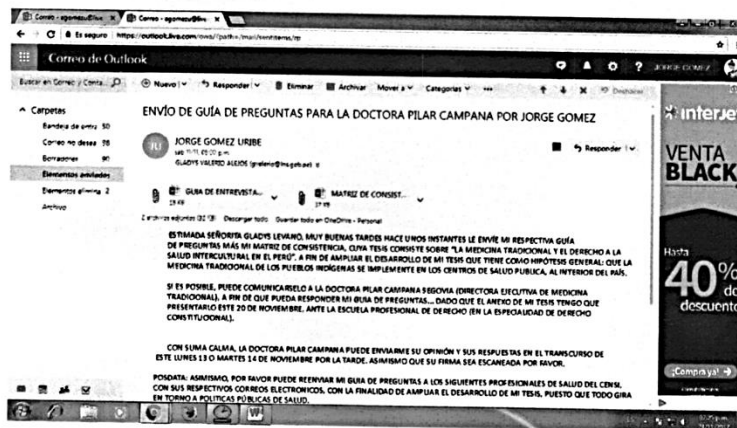
3. ¿Cuál es la efectividad de la consulta previa en cuanto a la implementación de la salud intercultural en la prestación de servicios sanitarios en el Perú?

Hasta el momento solo tenemos más para mejorar la efectividad, y poder tener una mejor prestación de los servicios sanitarios

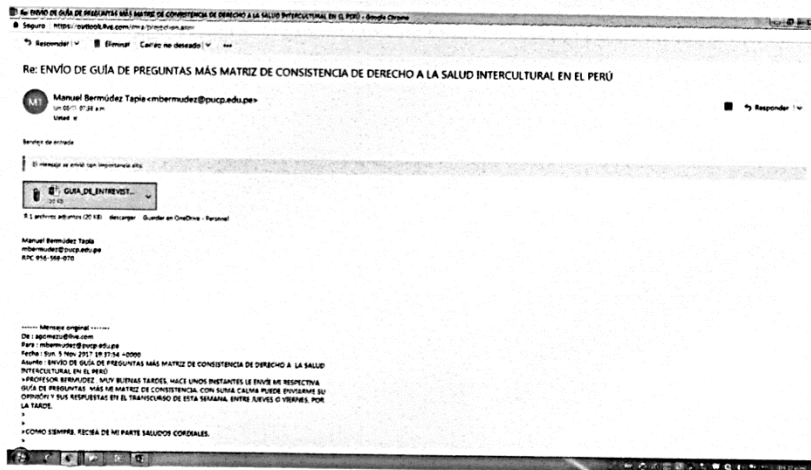
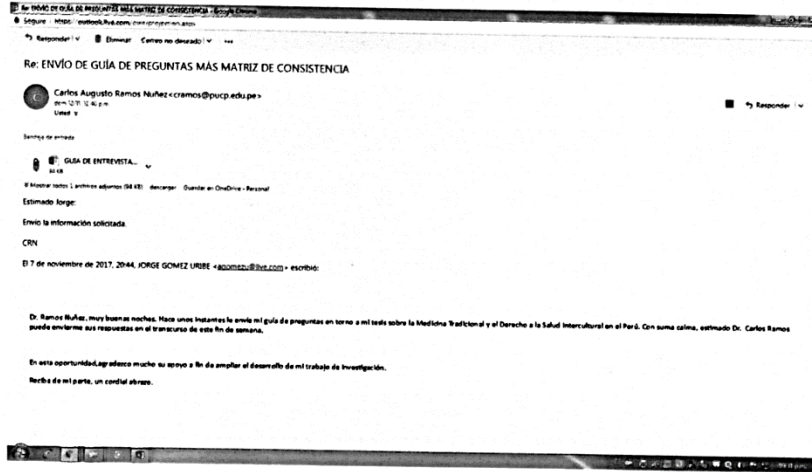
Anexo 6. Entrevista Rechazada

Mediante el presente correo electrónico, fehacientemente, con fecha de once de noviembre del presente año, señalo que autoridades del Centro Nacional de Salud Intercultural (CENSI) jamás brindaron ni proporcionaron información relevante y valiosa para el presente desarrollo de proyecto de investigación. Ello imposibilitó que siguiera con el desarrollo de la guía de entrevistas en dicha institución adscrita al Ministerio de Salud; siendo mi mayor interés en entrevistar a la Dra. Pilar Campana Segovia, Directora Ejecutiva de Medicina Tradicional del CENSI, y demás autoridades especializadas en salud intercultural, como Jorge Edmundo Lucero Tamayo y Nelly Luz Samame Leon, ambos Directores Ejecutivos de Medicina Tradicional. A fin de entrevistarme con tales autoridades médicas tuve como contacto principal a la señorita Gladys Levano, secretaria principal de la Dra. Pilar Campana Segovia (cuyo correo institucional del CENSI es gvalerio@ins.edu.pe) luego de haberme comunicado con ella el siete de noviembre del presente año.

Con este "anexo" queda demostrado que autoridades principales del CENSI no muestran interés por ampliar información sobre cómo se desarrolla la interculturalidad en salud y cómo opera su efectividad a través de las políticas públicas llevadas a cabo por el Ministerio de Salud.



Anexo de entrevistas dirigidas al Dr. Manuel Bermúdez Tapia y Carlos Ramos Núñez





UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE DERECHO Y HUMANIDADES

ESCUELA PROFESIONAL DE DERECHO

Declaratoria de Autenticidad del Asesor

Yo, SANTIESTEBAN LLONTOP, PEDRO PABLO, docente de la FACULTAD DE DERECHO Y HUMANIDADES de la escuela profesional de DERECHO de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - LIMA NORTE, asesor de Tesis titulada: “LA MEDICINA TRADICIONAL Y EL DERECHO A LA SALUD INTERCULTURAL EN EL PERÚ”, cuyo autor es GOMEZ URIBE JORGE FRANKLIN, constato que la investigación cumple con el índice de similitud de 20%, y verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, el cual ha sido realizado sin filtros, ni exclusiones.

He revisado dicho reporte y concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la Tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

En tal sentido, asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

LIMA, 24 de mayo de 2023

Apellidos y Nombres del Asesor:	Firma
SANTISTEBAN LLONTOP, PEDRO PABLO DNI: 09803311 Orcid 0000-0003-0998-0538	Firmado electronicamente por PSANTISTEBANL, el día 24 de mayo de 2023