



“SACHA IMPLEMENTACIÓN”: ANÁLISIS DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL ENFOQUE INTERCULTURAL EN LA DIRESA LORETO MEDIANTE EL PROGRAMA DE REDUCCIÓN DE MUERTES MATERNO-NEONATALES EN NAUTA (2018-2020)

“SACHA IMPLEMENTACIÓN”: ANALYSIS OF THE IMPLEMENTATION OF THE INTERCULTURAL APPROACH IN DIRESA LORETO THROUGH THE PROGRAM TO REDUCE MATERNAL-NEONATAL DEATHS IN NAUTA (2018-2020)

Ana Lucía Silva Romero

Pontificia Universidad Católica del Perú

lucia.silva@pucp.edu.pe

 <https://orcid.org/0009-0005-1862-1272>

Envío: 28 de febrero de 2025 Aceptación: 12 de junio de 2025 Publicación: 31 de julio 2025

Resumen

El término “sacha”, proveniente del kichwa lamista, alude a aquello que parece ser, pero no lo es. La aprobación de la Política Nacional de Transversalización del Enfoque Intercultural estableció directrices para definir servicios interculturales y generar sinergias en el sector público entorno a este tema. Este artículo analiza su implementación a través del programa de reducción de muertes materno-neonatales en Nauta, liderado por la Dirección Regional



de Salud (DIRESA) de Loreto. Por lo tanto, esta investigación se desarrolla a través de un estudio de caso que examina las estrategias de implementación desde la discrecionalidad de los actores involucrados, identificando brechas y desafíos desde la perspectiva de los burócratas de la calle. La investigación sostiene que la existencia de una ventana de oportunidad y voluntad política favoreció la interculturalidad en salud mediante alianzas entre funcionarios públicos, ONG y sociedad civil. Sin embargo, se argumenta que persisten desafíos derivados de racionalidades desiguales entre funcionarios de salud y presupuesto, junto con una desconexión con especialistas indígenas. Se concluye que aumentar el presupuesto no es suficiente para mejorar esta experiencia. Al contrario, es solo una parte de la solución, dado que es necesario articularlo con la distribución del poder, la gestión territorial y la política indígena para lograr una implementación efectiva del enfoque intercultural en salud.

Palabras clave: interculturalidad; implementación; políticas públicas; burócratas de la calle; salud intercultural; Loreto

Abstract

The term "sacha", from the kichwa lamista, refers to that which appears to be, but is not. The approval of the National Policy for the Mainstreaming of the Intercultural Approach established guidelines to define intercultural services and generate synergies in the public sector around this issue. This article analyzes its implementation through the program to reduce maternal and neonatal deaths in Nauta, led by the Regional Health Directorate (DIRESA) of Loreto. Therefore, this research is developed through a case study that examines the implementation strategies from the discretionality of the actors involved, identifying gaps and challenges from the perspective of the street bureaucrats. The research argues that the existence of a window of opportunity and political will favored interculturality in health through partnerships between public officials, NGO and civil society. However, it is argued that challenges persist arising from unequal rationalities between health officials and budget, along with a disconnect with indigenous specialists. It is concluded that increasing the budget is not enough to improve this experience. On the contrary, it is only part of the solution, since it is necessary to articulate it with the distribution of power, territorial management and indigenous policy to achieve an effective implementation of the intercultural approach in health.

Keywords: interculturality; implementation; public policies; street bureaucrats; intercultural health; Loreto

1. Introducción

La Política Nacional para la Transversalización del Enfoque Intercultural (PNTEI) surge en el gobierno de Ollanta Humala, en un contexto de políticas progresistas orientadas a la inclusión social. Su aprobación responde a la necesidad de definir un marco normativo que garantice la incorporación del enfoque intercultural en los servicios públicos con directrices claras para las entidades estatales. En este marco, la presente investigación se centra en el análisis del eje 1, lineamiento 2 de la PNTEI, el cual busca garantizar estándares de calidad en la prestación de servicios públicos considerando las realidades socioculturales y lingüísticas de los diversos grupos culturales.

Para evaluar la implementación de la PNTEI, la investigación se enfoca en el sector salud, específicamente en la Dirección Regional de Salud (DIRESA) Loreto y su programa de reducción de muertes materno-neonatales en Nauta. El análisis de este caso se sustenta en que este distrito fue reconocido en el concurso Buenas Prácticas Interculturales en la Gestión Pública, destacándose por su iniciativa “Nacer bien en la Amazonía indígena”. La estrategia consistió en la formación de personal de salud, adecuación de servicios y articulación con parteras tradicionales, lo que permitió una reducción del 40 % en la mortalidad materna y neonatal en 2018 (MINCUL, 2018).

Específicamente, el caso de la DIRESA Loreto ofrece una experiencia valiosa para analizar los factores que favorecieron la adecuación cultural de los servicios de salud a nivel regional. A través de la interacción entre el Estado, la comunidad y las parteras tradicionales, se logró una implementación efectiva del enfoque intercultural. No obstante, persisten desafíos estructurales que requieren mayor articulación interinstitucional y un enfoque integral que no solo incremente el presupuesto, sino que también fortalezca la gestión territorial y el reconocimiento del conocimiento indígena en salud.

En síntesis, la experiencia de Nauta permite evaluar los alcances y limitaciones de la PNTEI en la salud intercultural. Para ello, la presente investigación se estructurará en tres secciones. La primera, refiere al enfoque metodológico que contempla la reconstrucción del caso desde sus antecedentes y el análisis específico de Nauta. La segunda, a partir de este estudio, se buscará contribuir a la discusión sobre la implementación del

enfoque intercultural en el Estado, identificando buenas prácticas desde sus implementadores y aspectos críticos que requieren fortalecimiento. Se concluirá la investigación a partir de una reflexión de estos resultados y los hallazgos de esta experiencia amazónica en salud intercultural.

2. Una implementación pionera e incipiente: antecedentes la pertinencia cultural desde la salud intercultural en el sistema de salud peruano

El presente texto presenta los resultados de una investigación de enfoque cualitativo que se desarrolló a través de un estudio de caso. En ese sentido, se analizará la implementación del lineamiento 2, eje 1 de la PNTEI que refiere a la prestación de servicios con pertinencia cultural. Para evaluarlo, se tomará el caso de la DIRESA Loreto a través de la Red de Salud de Nauta, al ser parte de un sector específico del Estado: la salud intercultural. Asimismo, se contempla el análisis desde sus implementadores: burócratas de la calle de salud, ONG y agente comunitaria de salud (ACS) de la comunidad nativa de Esparta en el distrito de Nauta.

En este punto, es pertinente precisar dos conceptos teóricos relevantes a emplear en la investigación. Por un lado, los burócratas de la calle, según la literatura, son el punto de encuentro entre el Estado y la sociedad. En otras palabras, son funcionarios públicos que trabajan en relación directa con la población, por ejemplo, personal de salud, policías, entre otros. Por esta razón, moldean las percepciones que tienen las y los ciudadanos sobre el aparato estatal, distribuyen tanto el acceso como la restricción a derechos y ejercen control sobre la población (Lipsky, 1980). Precisamente, esta burocracia posee un grado de discrecionalidad en la interpretación de las directrices de las políticas, ya que poseen autonomía para tomar decisiones. Por esta razón, existe un grado de reformulación en la implementación, ya que son hacedores de política y no únicamente implementadores, pues sus decisiones modifican la política (Fesler y Kettl, 1996).

Por otro lado, la implementación de políticas públicas puede analizarse desde dos enfoques: el "de arriba hacia abajo" (*top-down*) y el "de abajo hacia arriba" (*bottom-up*). El primero enfatiza la jerarquía, el control y la coordinación, prioriza las metas establecidas por los diseñadores de políticas y su aplicación por los niveles inferiores (Bardach, 1977; Pressman y Wildavsky, 1973; Sabatier y Mazmanian, 1983). En contraste, el enfoque *bottom-up* resalta el papel de los implementadores de nivel inferior, quienes, al interactuar directamente con los beneficiarios, adaptan las políticas según las dinámicas

locales y la estructura organizativa (Berman, 1975; Lipsky, 1976). Esta perspectiva destaca la implementación como un proceso dinámico, donde las políticas experimentan modificaciones según las circunstancias concretas y la discrecionalidad de los funcionarios de base (Ferree, 2007). En esta línea, esta investigación retoma la tesis de Anicama (2021) quien conceptualiza la implementación como un procedimiento creativo, en el cual los actores situados en la zona de influencia directa de la política desempeñan un rol clave en su adaptación y ejecución efectiva.

Con este preludeo, la literatura enfatiza que el nuevo paradigma de los países andinos se sustenta sobre la base de la reivindicación a propósito de incorporar la diferencia cultural. La adopción de ello, según Garzón y Mejía (2019) se inscribe como principio normativo para los Estados como una manera de administrar las diferencias a fin de superar las desigualdades sociales y económicas que se generan en las sociedades culturalmente diversas. Con esto, prosiguiendo con los autores, se reformula la estructura jurídica-política de los Estados para visibilizar la presencia de los pueblos indígenas mediante políticas de reconocimiento.

Un instrumento fundamental para superar las desigualdades sociales, culturales y económicas que enfrentan los pueblos indígenas es el Convenio 169 de la OIT. Este instrumento estableció obligaciones para los Estados en materia de seguridad social hacia los pueblos indígenas, entre ellos el derecho a la salud bajo sus cosmovisiones. En otras palabras, el Estado se comprometió a integrarlo en los poderes públicos y representa un derecho constitucional exigible. Adicionalmente, representó un instrumento central que se ha ido incorporando progresivamente en la legislación estatal para la implementación de políticas públicas (Peña Jumpa, 2013).

Esto representó un desafío para muchas sociedades latinoamericanas en la redefinición del papel de las poblaciones indígenas ya reconocidas como sujetos de derecho internacional por las normas internacionales. Dichas poblaciones, según Guiteras (2022), hasta ello eran percibidas ajenas al proceso de construcción de la nación bajo una visión de primitivos “no sometidos” y asimilados campesinos. Sin embargo, con la suscripción del Convenio 169 por parte de los Estados latinoamericanos, se impulsaron reformas sociales a propósito de enfatizar el desarrollo de la sociedad civil que convergieron con el periodo de ajuste neoliberal. De esta manera, las poblaciones indígenas, hasta entonces sujetos jurídicamente excluidos y privados de sus derechos, encontraron una serie

de nuevas políticas para combatir el racismo, desigualdad, exclusión y discriminación (Htun, 2016).

De tal forma, el Estado peruano marcó una pauta para replantear su relación con las poblaciones indígenas. Sin embargo, su incorporación se encontró desafiada por la complejidad de su implementación y el conflicto de intereses de los actores involucrados (Delgado-Pugley, 2012). A pesar de ello, desde el aparato estatal se comenzó a crear una base normativa en material intercultural. De esta manera, desde el sector salud, se implementaron instrumentos e instituciones que fueron incorporando de manera progresiva el enfoque intercultural, tal es el caso de la Política Sectorial de Salud Intercultural. Con esto, decisores de políticas, tal es el caso de Pilar Mazzeti, favorecieron la aprobación de políticas públicas que conllevaron a que el sistema de salud sea uno de los sectores con mayor producción en materia de interculturalidad (Nureña, 2016). Adicionalmente, el Estado ha creado instituciones específicas encargadas de diseñar e implementar políticas en esta materia, por ejemplo, el Centro Nacional de Salud Intercultural (CENSI).

No obstante, históricamente, la relación entre el Estado y las poblaciones indígenas ha estado marcada por la tensión y la complejidad. De acuerdo con Espinosa (2019), esto se puede explicar porque durante varios periodos históricos se perpetró, desde el aparato estatal, una dominación política cultural. Esta distinción se ha acrecentado en la atención en establecimientos de salud para la atención de la madre y el recién nacido, ya que se han manifestado desafíos dadas las diferencias culturales existente entre ambos. Por esta razón, se han registrado denuncias sobre discriminación y malos tratos desde los usuarios, ya que la mirada médica no rescata las prácticas comunitarias. Esto último genera que la población prefiera alejarse de los establecimientos de salud para ser atendidos por un curandero, partera o ellos mismos.

Respecto de las condiciones de salud, la región amazónica es la que enfrenta mayores condiciones de asimetría. Según el MINSA (2023), esto se explica por tres factores. Primero, existen pocos establecimientos de salud en comunidades indígenas, de las cuales cuatro de cada diez cuentan con uno. Segundo, las desventajas se agudizan por las barreras geográficas y culturales, ya que los centros de salud (CSS) no cuentan con la cobertura suficiente para cubrir el transporte en contextos de emergencias y existe un escaso abastecimiento de medicamentos. Tercero, el mayor acercamiento con

comunidades se ha dado a través del Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (Serums), cuyo personal médico cuenta con una perspectiva clínica científica mas no de un enfoque intercultural. De esta manera, culminado su periodo de servicio, se produce una alta rotación en las zonas rurales, el cual termina siendo asumido por un promotor voluntario de la comunidad (MINSA, 2020).

En el intersticio de esta brecha de servicios de salud asimétricos y la tensión estatal entre Estado y comunidades indígenas, emergen y los agentes comunitarios de salud (ACS), cuya figura ha sido clave desde tiempos ancestrales en el cuidado de las comunidades. La literatura los describe como personas elegidas por la comunidad que se desenvuelven como un nexo entre la población y el sistema de salud, especialmente, porque participan de manera activa en la atención de las gestantes. De esta manera, cumplen un rol fundamental, dado que permiten no solo acercar al personal de salud a los comuneros, sino que, a través de esto, acrecentar la confianza con los servicios de salud (Nureña, 2009). Por todo ello, su relevancia se fundamenta en que se erigen como una figura que mitiga la desprotección social de los servicios de salud primarios en las comunidades.

Ahora bien, específicamente, Loreto es la región que concentra la mayor densidad de pueblos indígenas, ya que, alberga a 32 de los 55 que existen en el Perú. En relación con esto, su Análisis de Situación de Salud (ASIS) es crítico, dado que en 2017 fue la segunda región con más muertes materno-neonatales después de Lima. Con esto, se evidencia un desbalance en la reducción de la morbilidad materno-neonatal, programas para extender los servicios de salud y el involucramiento de diversos actores en ello. Sin embargo, es a partir de este año a 2019 que se extendió una mayor preocupación desde el Estado y la sociedad civil por establecer modelos de atención de salud intercultural por el incremento de muertes.

De esta manera, de acuerdo con Seminario (2021), emerge el “Proyecto salvando la vida de los niños: abordar las brechas de la salud materno neonatal para crear inversiones escalables hacia el futuro”. Esta última corresponde a una iniciativa impulsada por la ONG Salud Sin Límites (SSL) y Unicef en alianza con los Gobiernos Regionales (GORE) de Loreto y Ucayali mediante sus DIRESA, entendida como hospitales y puestos de salud, así como el MINSA entre 2017 y 2020. El objetivo principal fue reducir dichas brechas a través un eje esencial: el diálogo intercultural. Según Seminario, se realizaron capacitaciones tanto al personal de salud, parteras y comunidades

priorizando “la vigilancia de la pertinencia cultural de sus servicios a partir de sus derechos e identidad” (2021, p. 2).

Es así como, en la V edición de 2018 de las buenas prácticas interculturales (BPI) en la gestión pública promovida por el MINCUL, la DIRESA Loreto es declarada como ganadora. Esta victoria se sustenta a partir de que en los distritos de Mazán, Indiana y Nauta se formaron a burócratas de salud, se establecieron servicios con pertinencia cultural y, específicamente, se articuló con parteras tradicionales (MINCUL, 2018). Por ello, para comprender el diseño de la estrategia de la reducción de muertes materno-neonatales, se entrevistó a las y los actores involucrados en el distrito de Nauta. En ese sentido, la mayoría coincidió en que esta problemática afecta de manera crítica a los pueblos indígenas, por lo que era necesario articular y estrechar alianzas a distintos niveles y actores.

Por lo expuesto anteriormente, el distrito de Nauta representa un caso atípico a nivel del departamento de Loreto. Ello se explica porque su Institución Prestadora de Salud (IPRESS) I-4 es la única a nivel regional que cuenta con la categoría de pertinencia cultural a nivel departamental. Esta categorización se debe a que, a diferencia de Mazán e Indiana, consiguió adaptar la atención en sus servicios de acuerdo con las características sociales, ambientales, lingüísticas y geográfica, integrando en su enfoque las prácticas, creencias y valores de la población. En ese sentido, en enero de 2023, a través de una resolución de recategorización, la IPRESS I-4 se erige con pertinencia cultural categoría I-4 Nauta (Gobierno Regional de Loreto, 2023).

3. La paradoja del caso atípico: las buenas prácticas y desafíos de la pertinencia cultural desde la perspectiva de sus promotores en la gestión de la salud materna-neonatal en el distrito de Nauta

En la sección previa, se expuso la implementación de la estrategia para reducir las morbilidades maternas y neonatales en Loreto cuyo eje central fue la interculturalidad. Por ello, en esta sección, se destacará la perspectiva de cada uno de los actores de los distintos niveles para evaluar la pertinencia cultural en los servicios: funcionarios públicos, sociedad civil y agente comunitaria de salud de la comunidad nativa de Esparta.

En primer lugar, la perspectiva inicial y debate respecto de la transversalización del enfoque intercultural emerge desde el órgano rector del Estado en esta materia: el MINCUL. De tal manera, se argumentó que la

pertinencia de los servicios públicos era clave por dos factores: (i) fortalecer la capacidad de gestión intercultural garantizando los derechos colectivos de los pueblos indígenas y (ii) fortalecer las capacidades de los recursos humanos. Frente a esto, Patricia Balbuena, exministra de Cultura, destaca que la labor de esta institución fue contar con una política universal que dotara de una serie de instrumentos y herramientas para acercarse a otras instituciones en materia de interculturalidad. Sin embargo, destaca la escasa prioridad en la agenda pública del VMI para abordar la pertinencia cultural en los servicios públicos (Balbuena, comunicación personal).

De tal manera, se puede argumentar la pertinencia cultural, desde la perspectiva del MINCUL, se erige como una “apertura” para posicionar a la interculturalidad como un tema de agenda en instituciones estatales. En esa línea, la PNTEI dotó de algunas herramientas para permear este enfoque en otras instituciones impulsando sinergias. Asimismo, este instrumento fue clave para cubrir el vacío de la rectoría en materia intercultural para encomendarla al sector cultural mediante el diseño de directrices específicas, aunque presentan desafíos como la escasa prioridad en la agenda pública.

En segundo lugar, tanto la literatura como esta investigación ha planteado un problema público latente en la Amazonía: los pueblos indígenas enfrentan más desigualdades. Frente a esto, desde SSL y con el financiamiento de UNICEF, emerge la iniciativa de impulsar una estrategia de salud intercultural para reducir las muertes maternas-neonatales en la región de Loreto. De este modo, Yely Palomino y Andrés Chuzón, excoordinadores del proyecto, resaltan que, a partir de la identificación del problema público y su posible solución, SSL diseñó una estrategia de implementación con un enfoque “desde abajo”. En este marco, los funcionarios de salud asumieron un rol central en la aplicación de servicios con pertinencia cultural, garantizando su adecuación a las necesidades y particularidades de la población (Palomino y Chuzón, comunicación personal).

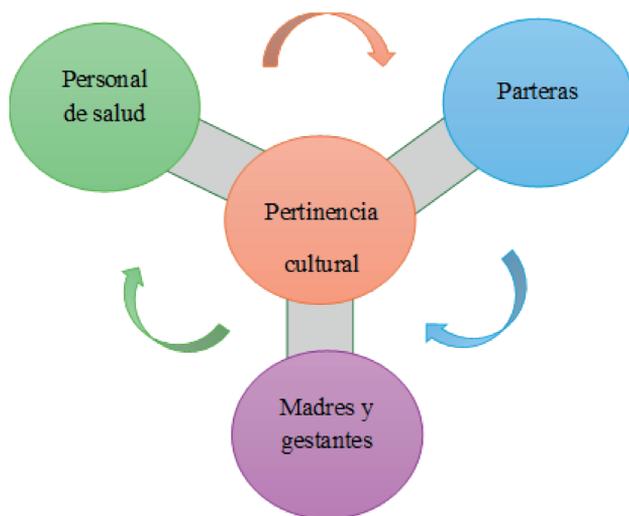
A partir de esto, se pretendía extender (*up*) esta experiencia para diseñar una política regional de salud materna-neonatal priorizando la interculturalidad y transversalización, es decir, extenderla a otros servicios públicos. En adición a ello, se pensó en el componente de participación ciudadana desde las comunidades indígenas a partir de la vigilancia de estos servicios que sean pertinentes culturalmente. Dicho de otro modo, se buscó que se acoplaran a sus necesidades. Precisamente, para fomentar este acercamiento

y adecuación desde el Estado, SSL diseñó un curso de capacitación con seis módulos tanto presencial como no presencial con funcionarios y comunidades indígenas en tres distritos en paralelo: Indiana, Mazán y Nauta.

De esta manera, se pudo fortalecer e intercambiar experiencias desde las dos cosmovisiones: médico-técnica e indígena-tradicional. Asimismo, estas capacitaciones iban más allá de la atención y cuidados para la atención de los partos, se priorizó la pertinencia cultural de acuerdos a las necesidades de las gestantes. Esto se daba a través de este *feedback* o retorno de saberes que, según Palomino, era tanto del sistema oficial de salud como de las parteras o gestantes. En estos intercambios, las gestantes buscaban una mejor calidad de atención: trato digno, respeto a la posición que eligen (parto vertical), libertad de movimiento, que su madrina corte el cordón umbilical y que se hablen en su idioma.

Con esto, un factor clave en la implementación de la estrategia fue el establecimiento de alianzas con tres actores clave quienes compartían un objetivo común. Esto último se representa en la siguiente figura 1.

Figura 1. Alianzas de la estrategia de reducción de muertes maternas-neonatales.



Fuente. Elaboración propia.

En esa línea, y a propósito del gráfico 1, los tres actores claves fueron el personal de salud, las parteras tradicionales y las gestantes con un propósito común: lograr servicios con pertinencia cultural. Este consenso se articuló a partir de la construcción de diálogos interculturales que, por un lado, desde los funcionarios, se busca comprender, entender y conocer las necesidades de las gestantes. Por otro lado, desde la comunidad, las parteras y ACS, se buscó enseñar el enfoque desde la comunidad que comprende los métodos de atender un parto, así como técnicas de atención de emergencias. Finalmente, desde las gestantes, se busca comunicar sus necesidades para dar a luz en función de sus tradiciones culturales: parto vertical, tomar hierbas medicinales, etc.

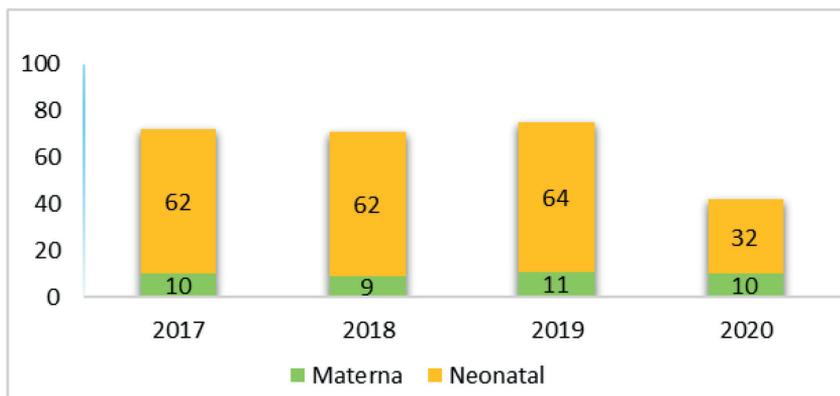
En tercer lugar, como se discutió, así como las ONG, la DIRESA Loreto también fue un actor clave para articular la estrategia de reducción de muertes maternas-neonatales. Respecto del caso, sus implementadores fueron funcionarios de salud de la Red de Salud de Nauta, los cuales comprenden a médicos, técnicos y obstetras. Para ello, se entrevistaron a dos actores relevantes quienes participantes de los módulos de capacitación de SSL y quienes diseminaron la estrategia en sus Centros de Salud (CSS).

En relación con ello, Brigitte Burga, exmédica residente y coordinadora de salud sexual y reproductiva en la Red, sostiene que el éxito de la estrategia se sustenta porque el modelo de salud colocaba en el centro a la gestante y las parteras, ya que participaron en todas las actividades y fueron consultadas en todo momento respecto de sus demandas y sugerencias. Con esto, las gestantes elegían la manera de dar a luz: sentadas, de rodillas, con su madrina o partera. En este sentido, se puede sostener que la relación de trabajo establecida se basó en la equidad de saberes. Como resultado, los funcionarios de salud, a partir de la escucha activa de las necesidades de las gestantes, adaptaron los enfoques tradicionales de la medicina occidental en relación con las modalidades de parto, incorporando un modelo basado en las prácticas comunitarias, como el parto vertical (Burga, comunicación personal).

Asimismo, es importante destacar la sostenibilidad de esta estrategia, dado que, según Jackson Shuña, exdirector del Hospital II-1 de Nauta en 2017 y actual director de la Red, se ha posicionado como tema de agenda e impulsado con fuerza con las herramientas adquiridas en las capacitaciones de SSL. En esa línea, prioriza el enfoque basado en comunidad desde la labor y cooperación con los ACS, dado que con ellos se trabaja de manera

directa la comunicación para derivar a pacientes y el intercambio de saberes de las señales de peligro. En este punto, es importante comprender el panorama de la situación materno-neonatal. Para ello se presenta el siguiente gráfico.

Gráfico 1. Muertes maternas y neonatales reportadas en el Hospital Regional de Loreto 2017-2020.

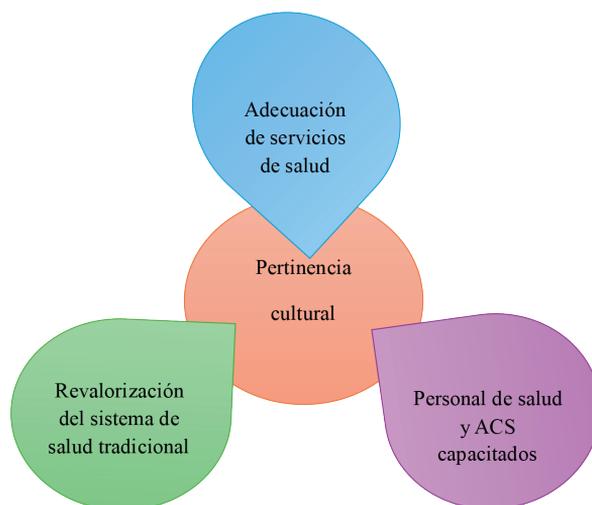


Fuente: Elaboración propia sobre la base de Hospital Regional de Loreto (2020).

A partir del gráfico anterior, se puede demostrar que de 2017 a 2019 las muertes maternas-neonatales se mantuvieron constantes. Sin embargo, en 2020 esto decreció, aunque estas cifras pueden ser sesgadas por la atención en la pandemia. A pesar de ello, desde la óptica de Shuña (2024), destaca que la reducción de mortalidades en Nauta, se fundamenta en la sostenibilidad y “la herencia de SSL”. Según el funcionario esto se expresa mediante la articulación de estrategias con los ACS que han sido aprovechadas para desarrollar nuevos modelos de atención con el personal de salud. De tal manera, destaca las capacitaciones a los recursos humanos que se incorporan (serumistas) y articular con niveles más alto como el GORE Loreto para subvencionar a los ACS, dado que es una labor voluntaria (Shuña, comunicación personal).

Por lo expuesto, tomando en cuenta las perspectivas de los funcionarios de salud, se puede argumentar que converge con de la ONG SSL. De esta manera, la pertinencia cultural desde los funcionarios públicos es comprendida de la siguiente manera representada en la siguiente figura 2.

Figura 2. Pertinencia cultural desde el personal de salud.



Fuente. Elaboración propia.

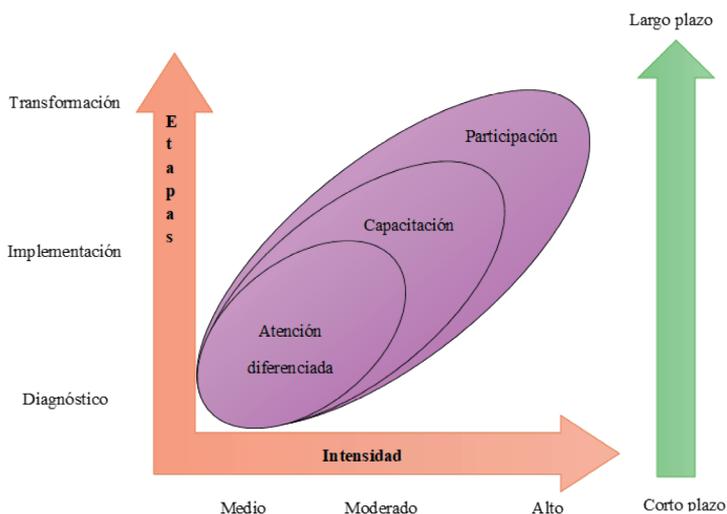
En síntesis, el personal de salud implementó una estrategia creativa basada en la adecuación intercultural de los servicios, la revalorización de saberes tradicionales y la capacitación continua. Además, se promovió el diálogo intercultural para el intercambio de conocimientos en salud materno-neonatal, con el objetivo de institucionalizar la estrategia a nivel del GORE. Finalmente, se garantizó la sostenibilidad de la iniciativa mediante la capacitación del personal médico y la articulación con las y los ACS para la referencia oportuna de gestantes en riesgo.

Finalmente, la perspectiva de las gestantes indígenas y los Agentes Comunitarios de Salud (ACS) resulta clave para analizar la implementación de los servicios de salud materno-neonatal en la Amazonía. Los ACS, como María Juana Pacaya, desempeñan un rol fundamental al facilitar el acceso de las gestantes a los CSS mediante monitoreo y referencias oportunas. Su formación ha sido impulsada por iniciativas como el programa Mamás del Río y Unicef, además de capacitaciones proporcionadas por la DIRESA Loreto y la Red de Salud de Nauta. Sin embargo, estas capacitaciones se han realizado en Nauta, sin acercarse a las comunidades, y han dependido del financiamiento de ONG para su ejecución.

Pacaya sostiene que, a pesar de la apertura inicial de DIRESA al diálogo intercultural, este ha sido temporal y discontinuo. Denuncia la falta de seguimiento y comunicación con los ACS, quienes han quedado relegados sin reconocimiento ni apoyo institucional. Además, el constante cambio de personal médico ha debilitado las redes de contacto establecidas, afectando la continuidad del trabajo conjunto (Pacaya, comunicación personal). En cuanto a las gestantes, el acceso a los servicios de salud sigue estando condicionado por barreras geográficas y económicas. Aunque algunas han experimentado un trato respetuoso y la posibilidad de mantener prácticas culturales en los partos, Pacaya subraya la irregularidad de las brigadas de salud intercultural y la ausencia de un CSS en sus comunidades. Esto último resulta crítico, puesto que limita el acceso oportuno a atención médica.

Por lo expuesto, se puede contrastar que, a pesar de que el CSS de Nauta ha ido incorporando el enfoque intercultural en los establecimientos de salud y la articulación progresiva con las y los ACS, persisten una serie de brechas. Estos se explican por la visión compleja respecto de la pertinencia cultural en los servicios. De esta manera, la pertinencia cultural desde las usuarias indígenas se establece desde un enfoque de comunidad. Esta visión se representa en la siguiente figura 3.

Figura 3. Pertinencia cultural desde la sociedad civil.



Fuente. Elaboración propia. Adaptado de *Resilience as the result of absorptive, adaptive, and transformative capacities* de Bené, Headey, et al. (2016).

En función del gráfico anterior, se evidencia que el enfoque comunitario en la atención materno-neonatal desde la sociedad civil se estructura a partir de tres pilares interconectados. En primer lugar, se reconoce la relevancia del diagnóstico, puesto que ello garantiza una atención diferenciada basada en la elección de las necesidades de las gestantes al ingresar a las salas de parto. En segundo lugar, la sostenibilidad de esta atención, es decir, la implementación, se expresa en capacitaciones dirigidas a ACS y madres gestante, con el objetivo de mejorar y acercar los servicios de salud desde un enfoque centrado en la comunidad. Finalmente, la transformación se expresa en la participación activa de los ACS en la toma de decisiones sobre salud intercultural, promoviendo su reconocimiento institucional y económico como actores clave en las políticas públicas.

Ahora bien, uno de los principales retos identificados en la investigación fueron las barreras en la interacción con el personal de salud, quienes en un inicio mostraban resistencia debido a la formación vertical del sistema de salud. Sin embargo, estas brechas se redujeron a través de visitas constantes y la devolución de saberes entre ambos actores a partir de los módulos impartidos por SSL. Pese a estos avances, el reconocimiento de los ACS sigue siendo un desafío, pues su labor continúa enmarcada en el voluntariado sin garantías económicas ni institucionales.

En términos presupuestales, la falta de recursos constituye un obstáculo crítico para la continuidad de la estrategia. Esto último se explica porque los diálogos interculturales y las capacitaciones han dependido, en gran medida, de financiamiento externo, como el de Unicef y diversas ONG. Adicionalmente, según Shuña (2024), las brigadas de salud intercultural requieren una inversión considerable, destinándose aproximadamente 20 000 soles solo al pago de personal y combustible. No obstante, el presupuesto asignado por el MINSA en 2023 fue inicialmente de apenas 300 soles, lo que refleja una despriorización de la salud intercultural en la agenda pública nacional. A pesar de gestiones posteriores que incrementaron esta partida a 60 000 soles, el monto sigue siendo insuficiente para cubrir más de tres brigadas.

Asimismo, existe una falta de actualización en los registros de embarazos adolescentes y gestantes en Nauta, lo cual evidencia fallas en el sistema de información y en la rendición de cuentas para la Red de Salud. Esto repercute en la asignación de recursos provenientes de programas presupuestales como el 0002 del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), que financia la salud materno-neonatal en los tres niveles de gobierno. En consecuencia,

la escasez de presupuesto, sumada a la falta de seguimiento y monitoreo adecuados, limita el impacto de la estrategia y la posibilidad de generar cambios estructurales en la salud intercultural.

4. Conclusiones

La estrategia “Nacer bien en la Amazonía Indígena” representa un caso relevante a nivel regional en la prestación de servicios públicos con un enfoque intercultural en los distritos de Indiana, Mazán y Nauta. Su valor radica en la articulación de actores con cosmovisiones diversas, incluyendo ONG, funcionarios de salud y sociedad civil, con el objetivo común de reducir la mortalidad materno-neonatal. El estudio se enfocó en el distrito de Nauta, analizando los factores que favorecieron y obstaculizaron la implementación de estos servicios entre 2018 y 2020.

Uno de los hallazgos principales es que la estrategia se sostuvo en una alianza multiactor impulsada por una ventana de oportunidad política. De esta manera, la adecuación de los servicios de salud con pertinencia cultural se logró mediante la construcción de espacios de diálogo intercultural, tanto formales como informales. Para ello, la participación de los implementadores de nivel más bajo, como médicos, obstetras y serumistas de la Red de Salud de Nauta, resultó clave en el cumplimiento de los objetivos de reducción de morbilidades y sostenibilidad de la estrategia.

Desde una perspectiva institucional, la implementación del enfoque intercultural respondió a un impulso “desde abajo”, en el que los burócratas reinterpretaron la Política Nacional de Salud Intercultural (PNTEI) y diseñaron estrategias en colaboración con ONG y parteras. Aunque en un inicio la ONG SSL propuso la estrategia, la Red de Salud de Nauta se ha encargado de su sostenibilidad a través de la capacitación y sensibilización del personal médico. Además, se ha buscado visibilizar esta iniciativa en niveles superiores como el GORE Loreto y el MINSA.

No obstante, diversos factores desafían la consolidación de esta estrategia. Entre ellos, se encuentra la desigual formación del personal médico, la constante rotación de los profesionales de salud a través del Serums y la falta de una articulación efectiva con las parteras y ACS, quienes son fundamentales para dotar de un enfoque comunitario al servicio de salud. Asimismo, el presupuesto constituye otro reto significativo, pues la inversión en salud materno-neonatal en los gobiernos locales de Loreto es baja.

Si bien un mayor presupuesto podría mejorar las condiciones, la solución también requiere la implementación de mecanismos de política pública y coordinación interestatal para una redistribución equitativa de recursos y poder de decisión.

Del mismo modo, es importante advertir que a partir de la estrategia de “Nacer bien en la Amazonía indígena” se puede incurrir en una visión positiva y optimista de los servicios con pertinencia cultural en la implementación de estrategias para reducir morbilidades maternas y neonatales en Loreto. Lejos de esto, ello supone múltiples desafíos, especialmente en la asignación presupuestaria y la articulación con especialistas indígenas en salud intercultural como los ACS. En esa línea, no puede generalizarse que, a partir del caso de Nauta, el enfoque intercultural sea aplicado adecuadamente con los criterios de pertinencia cultural en otras provincias de la región de Loreto. Contrariamente, este caso de estudio parte de un enfoque crítico que deja hallazgos novedosos, aunque también desafíos a abordarse en futuros estudios.

En línea con lo anterior, para lograr un Estado intercultural es fundamental que las poblaciones indígenas sean parte de la toma de decisiones en salud. En este sentido, los ACS representan un nexo esencial con la comunidad, pero su trabajo sigue sin reconocimiento institucional ni remuneración. A pesar de los avances en el diseño de políticas interculturales, estas aún se centran más en el reconocimiento de la diversidad cultural que en la redistribución efectiva de recursos y poder. Por ello, un factor clave en la sostenibilidad de la estrategia es la institucionalización de los ACS en la gestión de salud. Para ello, se recomienda el reconocimiento formal de los ACS dentro del sistema de salud a través de ordenanzas municipales o resoluciones administrativas que aseguren su participación y estabilidad. Además, se sugiere que el MINCUL refuerce los instrumentos de monitoreo de la PNTEI, permitiendo una evaluación más precisa del impacto de las iniciativas interculturales.

En adición a ello, a pesar del potencial transformador de la estrategia “Nacer bien en la Amazonía Indígena”, no ha logrado escalar a niveles gubernamentales superiores, lo que limita su impacto nacional. El MINSA, como ente rector en política de salud intercultural, ha tenido una participación limitada en el distrito de Nauta, lo que ha resultado en restricciones presupuestarias y falta de integración en políticas nacionales. Esto refleja un problema estructural: la falta de mecanismos para el retorno de aprendizajes

desde experiencias locales exitosas hacia el diseño de políticas públicas de mayor alcance. Asimismo, pese a los desafíos, los burócratas de la Red de Salud de Nauta han implementado soluciones paliativas, como la transición de un modelo de atención vertical a uno horizontal centrado en las usuarias mediante diálogos interculturales. Sin embargo, la región amazónica presenta condiciones particulares que requieren una redistribución socioeconómica y política más equitativa para superar las desigualdades que enfrentan las poblaciones indígenas.

En síntesis, el diseño de políticas de salud en Loreto debe priorizar la participación de las comunidades en la toma de decisiones, lo que permitiría mejorar la eficacia y el alcance de las estrategias interculturales. Finalmente, esta investigación demuestra que la interculturalidad, desde la experiencia de Nauta, va más allá de la inclusión formal y se traduce en la adecuación de servicios, la revalorización de la medicina tradicional y la participación activa de las comunidades indígenas en la gestión de su salud. La recuperación de estas experiencias es fundamental para avanzar hacia un Estado realmente intercultural que garantice derechos y equidad para todas las poblaciones.

Anexos

Ministerio de Cultura	
Entrevista 1	Patricia Balbuena Palacios, exviceministra de Interculturalidad de 2013 a 2016 y exministra de Cultura en 2018
Ministerio de Salud	
Entrevista 2	Brigithe Burga, exmédica residente y coordinadora de salud sexual y reproductiva en la Red de Salud de Nauta de 2017 a 2023
Entrevista 3	Jackson Shuña, exdirector del Hospital II-1 de Nauta en 2017 y actual director de la Red de Salud Loreto Nauta
Organización no Gubernamental (ONG)	
Entrevista 4	Jely Palomino Flores, excoordinadora regional de Loreto de la ONG Salud Sin Límites Perú de 2017 a 2020
Entrevista 5	Andrés Chuzón, excoordinador regional de Loreto de la ONG Salud Sin Límites Perú de 2017 a 2020
Sociedad civil	
Entrevista 6	María Juana Pacaya, actual agente comunitaria de salud de la Comunidad Nativa de Esparta, provincia de Nauta, en Loreto

Referencias bibliográficas

- Berman, P. (1975). *Federal Programs Supporting Educational Change* (vol. 5). Executive Summary.
- Bardach, E. (1977). *The implementation game: What happens after a bill becomes a law*. Cambridge, MA. MIT Press.
- Béné, C., Headey, D., Haddad, L. y von Grebmer, K. (2016). Is resilience a useful concept in the context of food security and nutrition programmes? Some conceptual and practical considerations. *Food security*, 8(1),123-138. <https://doi.org/10.1007/s12571-015-0526-x>
- Delgado-Pugley, D. (2012). Contesting the Limits of Consultation in the Amazon Region: On Indigenous Peoples' Demands for Free, Prior and Informed Consent in Bolivia and Peru. *Revue Générale de Droit de la Faculté d'Ottawa*, 42(1),151-181. <https://doi.org/10.7202/1021213ar>
- Espinosa, O. (2019) Una historia de tensiones y desencuentros: la relación entre el Estado y los pueblos indígenas de la Amazonía en el Perú. En P. Garzón López & O. Mejía Mesa (coords.), *Pueblos indígenas y Estado. Avances, límites y desafíos del reconocimiento indígena* (pp.71-98). Editorial Universitaria Abya-Yala.
- Ferree, M. (2007). *Framing Equality: The Politics of Race, Class, Gender in the US, Germany and the Expanding European Union*. Paper for EU Gender Politics
- Garzón López, P. y Mejía Mesa, O. (Coords.). (2019). *Pueblos indígenas y Estado. Avances, límites y desafíos del reconocimiento indígena*. Editorial Universitaria Abya-Yala.
- Guiteras, A. (2022). "The Indian Question" in the Bolivia Amazon: the School Centers of Casarabe and Moré. *The Americas*, 79(1), 67-100. <https://doi.org/10.1017/tam.2021.140>
- Gobierno Regional de Loreto (12 de enero de 2023). *Resolución Ejecutiva Regional N.º 091-2023-GRL-CR*. <http://bit.ly/4m911C4>
- Htun, Mala (2016). *Inclusion without Representation in Latin America. Gender Quotas and Ethnic Reservations*. Cambridge University Press.
- Hospital Regional de Loreto. (2020). *Análisis de la situación de salud del Hospital Regional de Loreto 2020*. Hospital Regional de Loreto. <http://bit.ly/4mkef0h>
- Peña Jumpa, A. (2013). Las comunidades campesinas y nativas en la Constitución Política del Perú: un análisis exegético del Artículo 89º de la Constitución. *Derecho & Sociedad*, (40), 195-206. <https://revistas.pucp.edu.pe/index.php/derechosociedad/article/view/12800/13357>

- Lipsky, M., (1976). Towards a theory of street-level bureaucracy. En W. Hawley & M. Lipsky (Eds.), *Theoretical Perspectives on Urban Politics*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Lipsky, M., (1980). *Street-level bureaucracy: dilemmas of the individual in public services*. Russell Sage Foundation.
- Ministerio de Cultura. (28 de noviembre de 2018). *Resolución Viceministerial N.º 025-2018-VMI-MC. Por la cual se aprueba declarar ganadores y finalistas de la V edición del "Concurso de Buenas Prácticas Interculturales en la Gestión Pública: La diversidad es lo Nuestro"*.
- Ministerio de Salud. (2020). *Análisis de Situación de Salud de los Pueblos Indígenas de la Amazonía Viviendo en el Ámbito de las Cuatro Cuencas y el Río Chambira*. [Informe]. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y control de enfermedades. <http://bit.ly/4o8t8V9>
- Ministerio de Salud. (2023). *Plan de salud integral y el fortalecimiento de salud con enfoque intercultural en ámbito de los pueblos indígenas u originarios para el año 2024*. [Documento técnico]. MINSA. <https://bvs.minsa.gob.pe/local/fi-admin/RM-1175-2023-minsa.pdf>
- Nureña, C. R. (2009). Incorporación del enfoque intercultural en el sistema de salud peruano: la atención del parto vertical. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 26(4), 368-376. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/9756>
- Nureña, C. R. (2016). *Los caminos sinuosos de la interculturalidad en las políticas de salud en el Perú*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. https://www.researchgate.net/publication/334130073_Los_caminos_sinuosos_de_la_interculturalidad_en_las_politicas_de_salud_en_el_Peru
- Pressman, J. and Wildavsky, A. (1973). *Implementation*. University of California.
- Sabatier, P. A., Mazmanian, D. A., Sabatier, P. A. y Mazmanian, D. A. (1983). The prospects for effective implementation of regulatory policy. En *Can Regulation Work?: The Implementation of the 1972 California Coastal Initiative* (pp. 1-26). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4684-1155-3_1
- Seminario, G. (2021). *Salvando la vida de los niños: abordar las brechas de la salud materno neonatal para crear inversiones escalables hacia el futuro*. [Informe de sistematización]. Salud Sin Límites. Ximenes, L. (2009). A população indígena da cidade de Belém, Pará: alguns modos de sociabilidade. *Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi*, 4(2), 261-275.