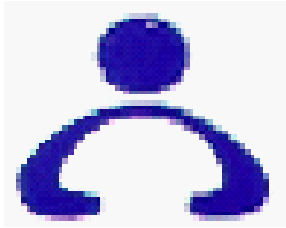


MINISTERIO DE SALUD  
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD  
CENTRO NACIONAL DE SALUD INTERCULTURAL



# *Metodología de Trabajo en Salud Intercultural*

Hugo E. Delgado Súmar

Lima, enero del 2002



## **CONTENIDO**

### **I. INTRODUCCIÓN**

### **II. PRECISIONES CONCEPTUALES**

1. Conceptos básicos
  - 1.1. Cultura, Sociedad y Lengua
  - 1.2. Pluralidad
2. Principios que supone la interculturalidad
3. Acciones prácticas que demanda la interculturalidad
4. Definiciones Operativas
  - 4.1. Sistema médico
  - 4.2. Medicina tradicional
  - 4.3. Medicina Complementaria

### **III. REDEFINICIÓN DEL PLAN OPERATIVO DEL CENSI EN EL MARCO DE LA INTERCULTURALIDAD**

1. Realidad
2. Necesidad
3. Solución

Cuadro N° 1  
Análisis de los Enfoques Unicultural e Intercultural

Esquema N° 1  
Baja / Inadecuada utilización de los Servicios de Salud

Esquema N° 2  
Organización y Provisión de Servicios de Salud en el Modelo Unicultural

Esquema N° 3  
Organización y Provisión de Servicios de Salud en el Modelo Intercultural

### **IV. PAPEL DEL CENTRO NACIONAL DE SALUD INTERCULTURAL (CENSI) EN EL MARCO DE LA INTERCULTURALIDAD**

1. INVESTIGACIÓN
2. DOCENCIA Y CAPACITACION
3. PROGRAMA Y SERVICIOS

Esquema N° 4  
Capacitación / Investigación

Cuadro N° 2  
Líneas de Acción a desarrollar: Actividades y Tareas.

### **V. INCORPORACIÓN DEL ENFOQUE INTERCULTURAL: REQUERIMIENTOS BASICOS**

**APÉNDICE:**

**TAREAS PARA LA IMPLEMENTACION CONCEPTUAL Y OPERATIVA DEL CENTRO NACIONAL DE SALUD INTERCULTURAL (CENSI), A PARTIR DEL PRESENTE DOCUMENTO:**

**Cuadro N° 3**

**DIRECCIÓN GENERAL DE DOCENCIA Y CAPACITACION: ACTORES SOCIALES COMPROMETIDOS.**

**Organigramas N°s. 1 al 4**

**ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL DE LAS DIRECCIONES DE LINEA Y DE IMAGEN INSTITUCIONAL.**

**Esquema N° 5**

**ESTRUCTURA DE LAS ACCIONES DE (1) DIFUSIÓN-PROMOSION, (2) COMPLEMENTARIEDAD Y (3) ARTICULACIÓN**

## I. INTRODUCCIÓN

La presente propuesta, recoge conceptos y categorías de la antropología médica, consensuadas en una serie larga de eventos, convenciones y acuerdos bi y multilaterales al interior de los países conformantes de la OMS/OPS. Por lo tanto, su planteamiento sólo tiene la finalidad de poner en vigencia dichos términos, como base para la definición de la política que debe servir de soporte al CENTRO NACIONAL DE SALUD INTERCULTURAL creado por el Estado peruano, en el marco de la reforma institucional del SECTOR SALUD.

Dichas categorías, consecuentemente, deben permitirnos hacer una correcta definición e interpretación de la Institución, su naturaleza, sus funciones, sus actividades y sus objetivos, para contribuir de manera eficiente y eficaz a la “**ORGANIZACIÓN Y PROVISIÓN DE SERVICIOS INTEGRALES Y CULTURALMENTE APROPIADOS EN EL PAÍS**”, incorporando “el enfoque intercultural en salud”.

En este sentido, en esta propuesta, queremos remarcar de manera clara que la **INTERCULTURALIDAD** constituye básicamente una ESTRATEGIA, cuyo enfoque debe ser introducido transversalmente en los programas de formación y desarrollo de los recursos humanos y en los procesos de formulación y ejecución de planes, políticas y programas, como condiciones sine qua non para el logro de la **EQUIDAD**, dentro de cuyo marco, el fortalecimiento de la medicina tradicional / indígena constituye eje central.

Finalmente, remarcar el papel que debe cumplir el **CENTRO NACIONAL DE SALUD INTERCULTURAL** como **FACILITADOR DE LOS PROCESOS INTERSECTORIALES E INTERDISCIPLINARIOS DE INTERCAMBIO DE EXPERIENCIAS Y DE GENERACIÓN DE CONOCIMIENTO Y METODOLOGÍAS EN EL TEMA DE LA INTERCULTURALIDAD EN SALUD.**

Hugo E. Delgado Súmar



## **II. PRECISIONES CONCEPTUALES**

### **1. Conceptos básicos**

#### **1.1. Cultura, Sociedad y Lengua**

##### **1.1.1. Cultura<sup>1</sup>:**

(1) Proceso acumulativo de conocimientos, formas de comportamiento y valores que constituyen el legado histórico de un grupo humano. (2) La manera propiamente humana de relacionarse con el mundo.

##### **1.1.2. Sociedad:**

Conjunto de relaciones que se establecen entre los individuos, grupos, clases o sectores que conforman su estructura y organización en determinado momento.

##### **1.1.2. Lengua:**

(1) Sistema oral a través del que interactúa una comunidad de hablantes en un espacio físico determinado. (2) Instrumento comunicativo de una comunidad. (3) Instrumento de comunicación de los elementos conformantes de la sociedad y mecanismo de articulación entre sociedad y cultura.

##### **1.1.4. Comunicación:**

Comportamiento cargado de antecedentes, significados y consecuencias sociales y culturales.

---

<sup>1</sup> Cultura: 1. Séller, M.: "Cultura es una categoría del ser, no del saber o del sentir". 2. Elliot: "Cultura es aquello que hace que la vida valga la pena de ser vivida". 3. Cassirer, E.: "La cultura forma parte de la naturaleza y parte de la humanidad". 4. Malinowski: "Evidentemente es el conjunto integral constituido por los utensilios y bienes de los consumidores, por el cuerpo de normas que rige los distintos grupos sociales, por las ideas y artesanías, creencias y costumbres. Ya consideremos una muy simple y primitiva cultura o una extremadamente compleja y desarrollada, estaremos en presencia de un vasto aparato, en parte material, en parte humano y en parte espiritual, con el que el hombre es capaz de superar los concretos, específicos problemas que lo enfrentan". 5. Lynch, Modgil y Modgil: "..., cada estructura (política) posee su cultura propia distintiva, que incluye normas, valores, ideologías, asunciones, símbolos, significado, lenguaje y otro capital cultural compartido que hace posible que funciones como una unidad coherente, sin desintegrarse". 6. García Castaño: "la cultura es la totalidad de las creencias aprendidas, herramientas y tradiciones compartidas por un grupo de humanos para dar continuidad, orden y significado a sus vidas; consta de las experiencias y productos acumulados por un grupo". 7. Strivens: "...aquellos fenómenos que crean un sentido de identidad común entre un grupo particular: un lenguaje o dialecto, fe religiosa, identidad étnica y localización geográfica. Se trata de factores subyacentes que dan lugar a comprensiones, reglas y prácticas compartidas que gobiernan el desarrollo de la vida diaria". 8. Royal Comisión: "La Cultura, es una forma de ser, pensar y sentir. Es una fuerza rectora que anima a un grupo significativo de individuos unidos por una lengua común que comparten las mismas costumbres, hábitos y experiencias".

## 1.2. Pluralidad

### 1.2.3. Multiculturalidad<sup>2, 3</sup>: REALIDAD:

Una sociedad conformada por varias culturas.

### 1.2.2. Multilinguismo: REALIDAD:

Una sociedad en la que sus integrantes utilizan más de una lengua cuya densidad de uso es socialmente significativa, en el marco de una compleja red en la que interactúan individuos y grupos monolingües e individuos y grupos con distinto grado de bilingüismo.

En ambos casos, en una relación de subordinación de las lenguas y las culturas nativas a la hegemonía de una lengua y una cultura “nacional” u oficial. Es decir, en condiciones de asimetría, subordinación y conflicto.

### 1.2.3. Interculturalidad: ACCION:

Proceso Social interactivo, de reconocimiento y respeto de las diferencias existentes en una y entre varias culturas, en un espacio determinado, indispensable para construir una sociedad justa en el ámbito (1) Político, (2) Económico, (3) Social, (4) Cultural, (5) Ético, (6) Lingüístico, (7) de Género y (8) Generacional.

La interculturalidad constituye un principio normativo que corresponde a la actitud de asumir positivamente la situación de diversidad cultural en la que uno se halla: 1) orientador de la vivencia personal en el plano individual y 2)

---

<sup>2</sup> Multiculturalidad: Touraine, Alain, sostiene que se han divulgado en la opinión pública cuatro acepciones que están muy distantes de comprender el fenómeno del multiculturalismo y está tal vez más cerca de la defensa de lo monocultural y la xenofobia: 1. La que identifica la multiculturalidad con la defensa de las minorías y sus derechos. 2. La que concibe lo multicultural como el inalienable derecho al respeto a la diferencia. 3. La visión que concibe la multiculturalidad como la simple coexistencia indiferente entre distintas culturas. 4. La que los asimila con el rechazo a la cultura occidental y las búsquedas antioccidentales.

<sup>3</sup> Multiculturalismo: 1. Lamo de Espionzo: “... multiculturalismo (como hecho) la convivencia en un mismo espacio social de personas identificadas con culturas variadas. ... multiculturalismo (como proyecto político, en sentido, pues, normativo), el respeto a las identidades culturales, no como reforzamiento de su etnocentrismo, sino al contrario, como camino, más allá de la mera coexistencia, hacia la convivencia, la fertilización cruzada y el mestizaje. En este sentido normativo quedaría fuera lo que podríamos llamar “multiculturalismo radical” o defensa “del desarrollo de las culturas separadas e incontaminadas” y, por lo tanto, como rechazo del mestizaje, un multiculturalismo que, ciertamente, puede conducir a un nuevo racismo o nacionalismo excluyente”. 2. Kymlicka: “... utilizo ‘cultura’ como sinónimo de ‘nación’ o ‘pueblo’; es decir, como una comunidad intergeneracional, más o menos completa institucionalmente, que ocupa un territorio o una patria determinada y comparte una lengua y una historia específicas. Por tanto, un Estado es multicultural bien si sus miembros pertenecen a naciones diferentes (un Estado multicultural), bien si éstos han emigrado de diversas naciones (un Estado poliétnico), siempre y cuando ello suponga un aspecto importante de la identidad personal y la vida política”.



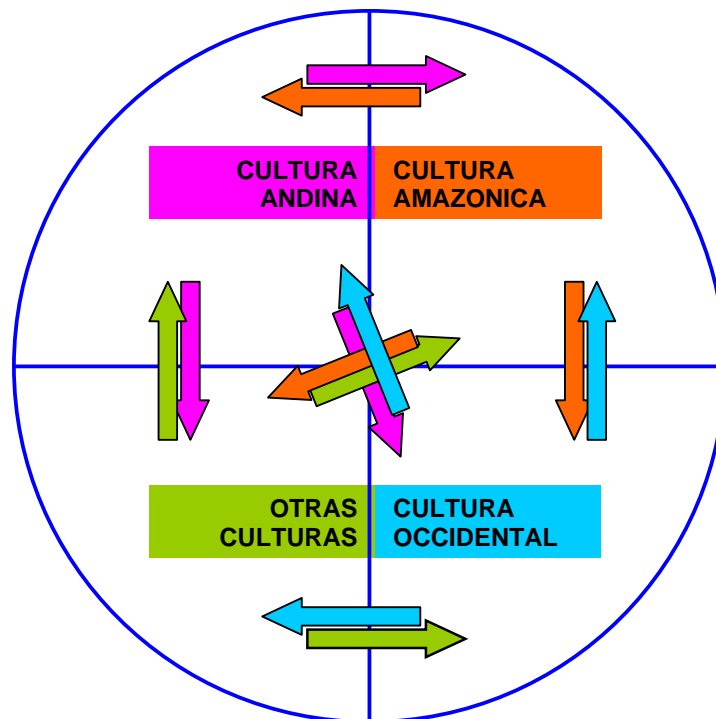
rector de los procesos sociales en el plano axiológico social.

**Nivel Individual:**

Actitud (consciente) de dialogar dentro de uno mismo las diversas influencias culturales a las que se está expuesto, a veces contradictorias entre sí o difíciles de armonizar.

**Nivel social:**

Deliberada intención de relación dialógica, democrática entre los miembros de las culturas involucradas, sobre la base del reconocimiento del derecho a la diversidad y en oposición contra toda forma de discriminación y desigualdad social.



**2. Principios que supone la interculturalidad<sup>4</sup>**

- 2.1. Diálogo fundamentado en el respeto a las diferencias.
- 2.2. Tolerancia a las contradicciones que conduzca a la solidaridad.
- 2.3. Democracia cultural.
- 2.4. Participación que incorpora (1) la representación, (2) la consulta, (3) el consenso y (4) la convergencia de objetivos comunes.

<sup>4</sup> Grupo de Trabajo sobre Recursos Humanos e Interculturalidad, Managua, Nicaragua, 1998.

### **3. Acciones prácticas que demanda la interculturalidad<sup>5</sup>**

- 3.1. Combatir las relaciones asimétricas excluyentes y discriminadoras.
- 3.2. Llegar a relaciones de equidad entre los diferentes pueblos, culturas, etnias.
- 3.3. Valorar las diferentes culturas para eliminar el racismo.
- 3.4. Crear formas de poder compartido en las que todos los actores participen en la dinámica social.
- 3.5. Construir la ideología, los valores, las actitudes y las prácticas para lograr nuevas formas de relación.

### **4. Definiciones Operativas**

#### **4.1. Sistema Médico**

Parte de la Cultura, destinada al mantenimiento y recuperación de la salud y que engloba, en tanto sistema: 1. Conocimientos y creencias sobre el cuerpo humano, 2. Conocimientos y creencias sobre el origen de las enfermedades (categorías de la enfermedad) y 3. Conocimientos y creencias sobre los recursos curativos.

#### **4.2. Medicina Tradicional**

Conjunto de conocimientos, creencias y procedimientos curativos practicados, en mayor o menor grado, en todas las culturas del mundo, antes del advenimiento de la llamada medicina "moderna", "occidental", "científica", "oficial" o alopática, cuya historia abarca apenas los dos últimos siglos. (Delgado Sumar, Hugo. La Medicina Tradicional en Lima: Migrantes de 2da. Y 3ra. Generación. Lima, PUCP, 1998).

“La suma de todos los conocimientos teóricos y prácticos, explicables o no, utilizados para diagnóstico, prevención y supresión de trastornos físicos, mentales o sociales, basados exclusivamente en la experiencia y en la observación, y transmitidos verbalmente o por escrito de una generación a otra” (OMS,1978).

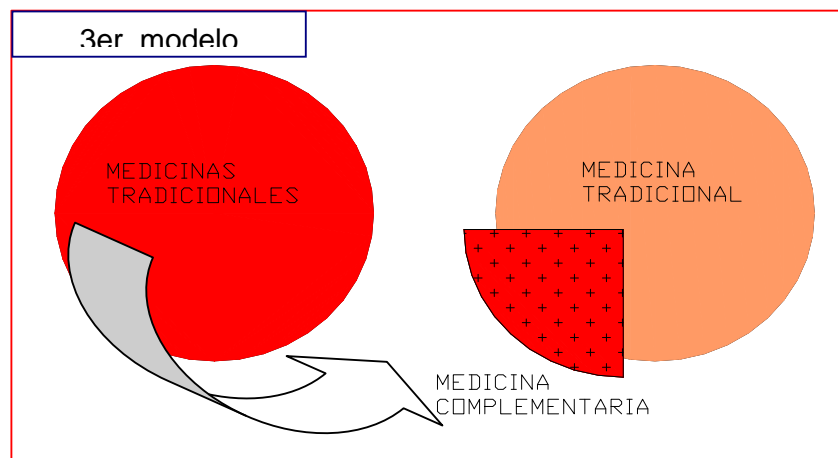
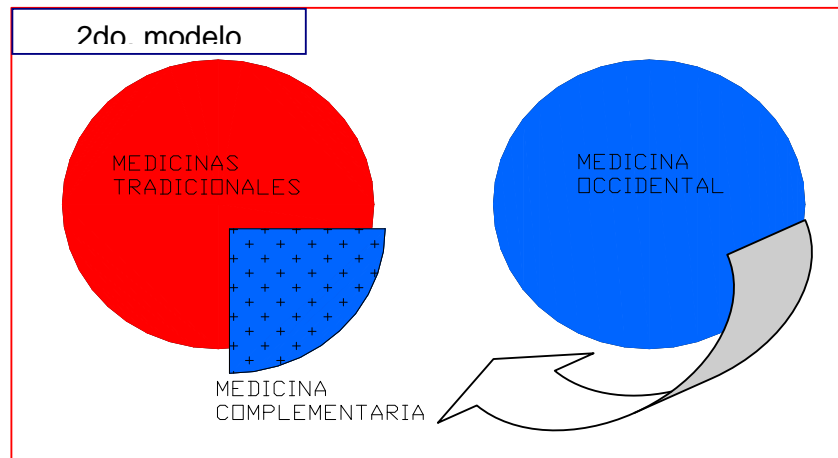
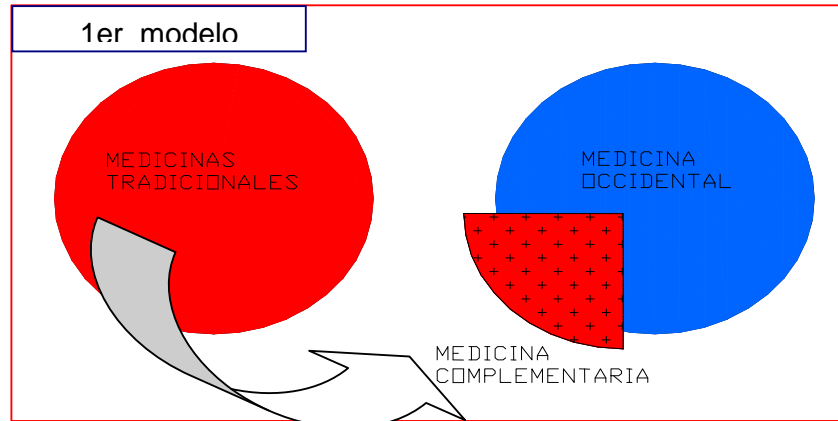
#### **4.3. Medicina Complementaria**

Técnica o conjunto de técnicas curativas tomadas de un sistema médico (sistemas médicos tradicionales) o, en algunos casos, terapia o conjunto de terapias naturales surgidas en condiciones

---

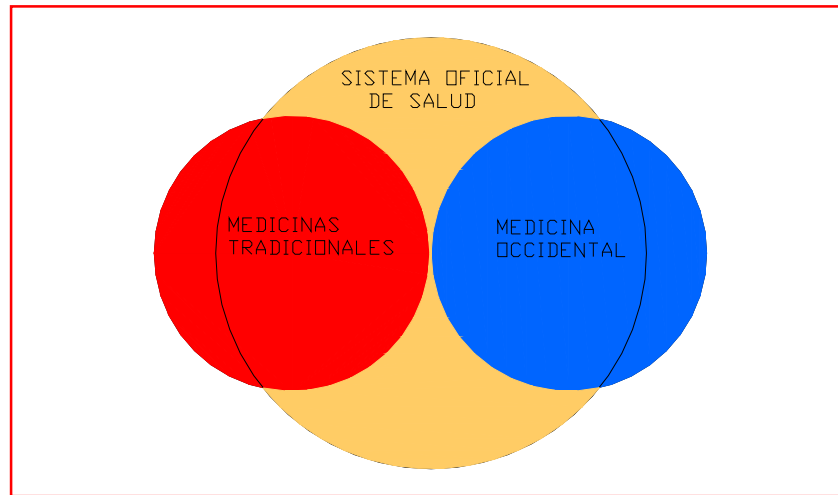
<sup>5</sup> Grupo de Trabajo sobre Recursos Humanos e Interculturalidad, Managua, Nicaragua, 1998.

especiales al margen de los sistemas médicos, e incorporadas a la práctica de otro sistema médico (sistema médico occidental), con la finalidad de mejorar los pronósticos, acortar el tiempo de tratamiento y por lo tanto lograr un menor costo-beneficio.



#### 4.4. Articulación

Proceso interactivo a través del cual, dos o más sistemas médicos (Medicinas Tradicionales y Medicina Occidental) entran en relación directa para sumar recursos conceptuales (Creencias y conocimientos), materiales (Recursos y procedimientos curativos) y humanos (Especialistas), en el marco del sistema oficial de salud (Medicina Occidental), con la finalidad de crear sistemas de referencia y contrarreferencia que haga más universal el acceso a los servicios oficiales de salud.



## **LA INTERCULTURALIDAD COMO CONCEPTO**

La **INTERCULTURALIDAD**, como concepto, está referida a las relaciones que se establecen entre las culturas, habida cuenta que éstas no se encuentran aisladas. Consecuentemente, una **RELACION INTERCULTURAL** es el encuentro de grupos humanos con tradiciones culturales diversas, en una relación relativamente intensa en la vida cotidiana, en el que la influencia mutua se ejerce en ambos sentidos, independientemente de que se reconozca o no dicha influencia.

La **RELACION INTERCULTURAL** puede darse, predominantemente, de dos formas: de **DOMINACIÓN** y de **IGUALDAD**. La primera se produce cuando en el contacto de dos o más culturas, una de ellas, tiende a hacer desaparecer a las otras. La segunda se produce cuando en el contacto de dos o más culturas se parte del reconocimiento mutuo y se establece una relación de diálogo y de respeto; como resultado de dicho contacto, pueden darse a su vez dos resultados distintos: que las culturas en relación sufran modificaciones significativas en sus escenarios simbólicos o, que las culturas no resulten afectadas o modificadas por el contacto.

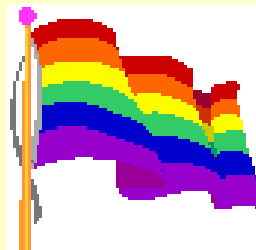
Al proceso de **CAMBIO CULTURAL**, producto de la **RELACION INTERCULTURAL** entre dos o más culturas se denomina **ACULTURACION**. Es decir, la **ACULTURACION**, constituye “El proceso de adquisición, por parte de un grupo cultural, de las características de la cultura de otro grupo con el que ha entrado en contacto” (Merani, Alberto L.), proceso que “se caracteriza por el desarrollo continuado de un conflicto de fuerzas entre formas de vida de sentido diferente, que tienden a su total identificación y que se manifiesta objetivamente a niveles variados de contradicción” (Aguirre Beltrán, Gonzalo). Los resultados de este proceso, asumen cuatro modalidades: **1. ADAPTACIÓN**: “cuando en el contacto cultural los elementos de una cultura se ajustan a los de la otra, dentro de un equilibrio estructural interno y externo. Se produce una selección de aquellos elementos que son útiles y significativos”. **2. ASIMILACIÓN**: “Cuando por el contacto prolongado una de las sociedades asimila los patrones o complejos de rasgos culturales de la otra y con el tiempo se constituyen en una cultura indiferenciable”. **3. INDUCCIÓN**: Cuando “una de las culturas prevalece como dominante mientras la otra pierde autonomía, pero persiste como subcultura, casta o estrato en el agregado social”. **4. EXTINCIÓN O ANIQUILAMIENTO**: “Cuando una cultura va extinguiéndose por la desaparición de sus miembros, hasta que deja de funcionar. Las causas pueden ser las epidemias, la peste, la desadaptación, la transferencia de los individuos a otras sociedades o la guerra y agresión culturales. Cuando es el resultado de la agresión violenta o sistemática de un grupo más poderoso sobre otro más débil y de cultura diferente hasta hacerlo desaparecer, se denomina etnocidio” (Silva Santisteban, Fernando).

Al proceso en el que se producen pérdidas parciales de elementos de una cultura sin que sean sustituidos, por acción de una cultura dominante, se denomina **DECULTURACION**.

Finalmente, Fernando Ortiz, propone sustituir el concepto **ACULTURACIÓN** por el de **TRANSCULTURACIÓN**: “el vocablo transculturación expresa mejor las diferentes fases del proceso transitivo de una cultura a otra, porque éste no consiste solamente en adquirir una distinta cultura, sino que el proceso implica necesariamente la pérdida o desarraigo de una cultura precedente, lo que pudiera decirse una parcial **desculturación** y, además, significa la consiguiente creación de nuevos fenómenos culturales que pudiesen denominarse de **neoculturación**”.

#### **LA INTERCULTURALIDAD COMO PRINCIPIO NORMATIVO**

Como principio normativo, más allá de la existencia de **RELACIONES INTERCULTURALES**, la **INTERCULTURALIDAD** corresponde a la actitud de asumir positivamente la situación de **DIVERSIDAD CULTURAL** en la que uno se encuentra. En este sentido, la **INTERCULTURALIDAD** es fundamental para la construcción de una **SOCIEDAD DEMOCRÁTICA** en la que los actores de las diferentes culturas puedan encontrarse, conocerse y comprenderse con miras a cohesionar un proyecto político a largo plazo. Es decir, construir relaciones más racionales entre los seres humanos, respetando las diferencias.



### **III. REDEFINICIÓN DEL PLAN OPERATIVO DEL CENTRO NACIONAL DE SALUD INTERCULTURAL EN EL MARCO DE LA INTERCULTURALIDAD**

#### **1. Realidad**

Perú: País Multilingüe, Pluriétnico y Multicultural, como todos los de la Región.

#### **2. Necesidad**

Organización y provisión de servicios de salud integrales y culturalmente apropiados en el país (**Reunión Especial sobre Reforma del Sector Salud. 1995.**).

#### **3. Solución**

Adoptar el enfoque intercultural de la salud en la organización y provisión de los servicios de salud (**1. Resolución V – CD37.R5 “Salud de los Pueblos Indígenas”. XXXVII Reunión. 1993; 2. Resolución VI – CD40.R6 “Salud de los Pueblos Indígenas”. XL Reunión. 1997. Y 3. I Taller Hemisférico sobre Salud y Pueblos Indígenas, Winnipeg, Canadá, 1993).**

3.1. Pasar de un paradigma unicultural a un paradigma intercultural<sup>6</sup>.

Creación de un modelo de atención que incluya:

##### **3.2.1. La Equidad:**

- a. Atención prioritaria a los grupos poblacionales excluidos.
- b. Revaloración y protección de la medicina tradicional / medicina indígena.
- c. Revaloración y protección de la alimentación autóctona de los pueblos.
- d. Conservación del medio ambiente y la biodiversidad.

##### **3.2.2. La Participación Social:**

- a. Fortalecimiento del proceso de descentralización.
- b. Desarrollo de la participación social, particularmente de los pueblos indígenas.

##### **3.2.3. La Calidad:**

---

<sup>6</sup> Las dimensiones del análisis de ambos paradigmas y que se explican en el cuadro N° 1, son: (1) Concepto de Sociedad; (2) Definición del concepto de salud y del proceso salud-enfermedad; (3) Base legal, Código de Salud; (4) Sistema de información; (5) Sistema educativo de salud; (6) Recurso Humano; (7) formación y Capacitación del personal de salud; (8) Currículo; (9) Sistema de Salud; (10) Oferta de Servicios de Salud; (11) Organizaciones indígenas.

- a. Impulso del desarrollo de la atención primaria como el eje del modelo de salud.
- b. Desarrollo del marco jurídico que permita la incorporación de nuevos paradigmas y estrategias en la atención de la salud.
- c. Fortalecimiento y desarrollo de los recursos humanos: formación acorde con las necesidades de la población.

#### **3.2.4. La Eficiencia:**

- a. Fortalecimiento de la red de servicios orientado a elevar la capacidad resolutive de la oferta institucional tomando en cuenta las particularidades de la población.
- b. Desarrollo de nuevas modalidades de gestión, promoviendo la participación activa de la comunidad: gestión de los servicios y procesos de negociación, concertación, consenso y responsabilidad compartida.

#### **3.2.5. La Sostenibilidad:**

- a. Fomento de un entorno que permita mejorar la unidad familiar. Promoción de los derechos.
- b. Apoyo a la organización comunal.
- c. Financiamiento adecuado: recursos nacionales e internacionales, privados y públicos.
- d. Protección del medio ambiente y de los trabajadores.



**Cuadro N° 1**  
**Análisis de los Enfoques Unicultural e Intercultural<sup>7</sup>:**

Paradigma Unicultural	Paradigma Intercultural
-----------------------	-------------------------

**1. Dimensión: Concepto de Sociedad.**

Homogénea, que prestigia una cultural nacional dominante.	Hace defensa de la diversidad cultural de la nación: la reconoce, la promueve, la respeta. La diversidad es fuente de orgullo y de riqueza.
---	---

1. Constitución Política del Estado. Art. 2, inc. 19. Toda persona tiene derecho a su identidad étnica y cultural. El estado reconoce y protege la pluralidad étnica y cultural de la nación.
2. Pacto sobre Derechos Civiles y Políticos. 1966. "En los estados en que existan minorías étnicas, religiosas o lingüísticas, no se negará a las personas que pertenezcan a dichas minorías el derecho que les corresponde, en común con los demás miembros de su grupo a tener su propia vida cultural, a profesar y practicar su propia religión y su propio idioma".
3. Convenio 107 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT). 1957. "Las poblaciones indígenas tienen derecho a la igualdad con todos los ciudadanos del país". Adicionalmente reconoce de manera específica: el derecho colectivo a la tierra, el derecho a la educación en lengua materna y el derecho de las comunidades a resolver sus conflictos de acuerdo a la tradición y a la costumbre.
4. Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes. 1969. Recoge la noción de pueblo asumida colectivamente cuyo principal derecho colectivo constituye el territorio, entendido como el conjunto de recursos naturales, geográficos, culturales, míticos y religiosos, que hacen su cosmovisión y aseguran su supervivencia.

**2. Dimensión: Definición del concepto de Salud, proceso de salud-enfermedad.**

Oficial, integrada en la definición teórica, pero fragmentada en la práctica.	Integral en su conceptualización y práctica. Y más apropiadamente, holística, que traduce las relaciones del hombre con la naturaleza, la sociedad y la superestructura.
---	--

1. La Carta de Ottawa. 1986. Define la Promoción de la salud como "el proceso de habilitar a la gente para aumentar su control sobre la salud y para mejorarla... Para alcanzar un estado de bienestar físico, mental y social un individuo o un grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, se satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente". Así pues, la promoción no debería limitarse a fomentar estilos de vida saludables, sino llegar hasta lo que son las condiciones fundamentales y los recursos para la salud "la paz, el albergue, la educación, el alimento, el ingreso, un ecosistema estable, recursos sostenibles, la justicia social y la equidad".
2. Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. 1994. Se reconoció que existe un derecho a la salud, que lleva a los gobiernos a proporcionar atención a la población de sus países, a través de programas integrales, en la misma forma que provee de oportunidades para la educación. Se afirmó que los derechos reproductivos requieren el respeto de las condiciones éticas, culturales y religiosas de los estados.

<sup>7</sup> Fuente: OMS. Incorporación del Enfoque Intercultural de la Salud en la Formación y Desarrollo de Recursos Humanos. Serie Salud de los Pueblos Indígenas N° 12. Washintong, 1998.

### 3. Dimensión: Base Legal. Código de Salud.

Reconocimiento (incipiente) de la diversidad étnica, lingüística y cultural del país y de los recursos humanos comunitarios.	Pleno reconocimiento y ejercicio de la diversidad, con equidad y derecho a la diferencia. Democracia cultural. Valoración e integración del personal comunitario y de los terapeutas de los sistemas de salud indígena (sistemas médicos denominados "tradicionales").
--	---

1. La Cumbre de la Infancia. New York, 1990. Sobre la base del nuevo concepto generado en Ottawa, coloca como prioridad la atención a la salud infantil.
2. Resolución WHA44.34 (Mayo de 1991). 44a Asamblea Mundial de la Salud. "Insta a los estados miembros: 1) a que intensifiquen las actividades encaminadas a la cooperación entre quienes practican la medicina tradicional y quienes dispensan una asistencia sanitaria moderna, especialmente en lo tocante al empleo de remedios tradicionales inocuos, eficaces y científicamente válidos para reducir los gastos nacionales en medicamentos".
3. Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. 1995. Numeral 18 de la Declaración de Beijín: Intensificar los esfuerzos para garantizar el disfrute en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales a todas las mujeres y niñas que enfrenten múltiples barreras para lograr su potenciación y su adelanto por factores como la raza, la edad, el idioma, el origen étnico, la cultura, la religión o la discapacidad, o por pertenecer a la población indígena.

### 4. Dimensión: Sistema de Información.

Las estadísticas no están desagregadas e invisibilizan la problemática de salud según etnia y género (principal pero no exclusivamente). <sup>8</sup>	Se cuenta con estadísticas desagregadas e indicadores para la planificación y toma de decisiones participativas.
---	--

<sup>8</sup> En el espacio urbano, se reproduce en la dicotomía urbano – urbano marginal, en el que el migrante expresa una doble pérdida cultural, la que abandonó al momento de migrar y aquella a la que se "inserta" de manera marginal y en la que, su acceso a los beneficios de la sociedad le son –casi siempre negados– en términos cualitativos y cuantitativos. Delgado Sumar, Hugo E. La Medicina Tradicional en Lima Metropolitana: Migrantes de 2da. Y 3ra. Generación. Lima, PUCP, 1998.

## 5. Dimensión: Sistema Educativo de Salud.

<p>Cerrado. Enfoque predominantemente biotecnológico. Es inequitativo étnica, lingüística, cultural y geográficamente. Ignora los aportes educativos y de salud de las culturas indígenas. Algunas veces "investiga" (tesis) sin utilizar los resultados.</p>	<p>Abierto. Valora y aplica el conocimiento universal, pero también promueve el rescate (re)valoración, investigación, difusión de ciencia y tecnologías en salud indígenas y nacionales. Enseña y provee oportunidades para aplicar el conocimiento indígena en salud. Los educadores, prestadores y organizaciones de base evalúan la contribución del currículo a los fines de la formación y capacitación en multiculturalidad e interculturalidad y promueven transformaciones integrales no parciales o aisladas.</p>
---	---

1. Resolución WHA30.49 (Mayo de 1977). 30a Asamblea Mundial de la Salud: 2) "Insta a los gobiernos interesados a que otorguen una importancia adecuada al empleo de sus sistemas médicos tradicionales en conjunción con la medicina moderna; 3) Pide al Director General que ayude a los Estados Miembros a organizar actividades de enseñanza e investigación y a conceder becas para formar personal en materias de técnicas de investigación, estudiar los sistemas de asistencia sanitaria e investigar los procedimientos tecnológicos relativos a los sistemas médicos tradicionales e indígenas".
2. Cumbre de los Presidentes. Santiago de Chile. 1998. Capítulo IV del Plan de Acción: Erradicación de la Pobreza y la Discriminación: Que con el objeto de promover una mayor participación de la población indígena en la sociedad mediante el acceso apropiado a la educación, atención de salud, capacitación ocupacional y así mejorar su estándar de vida, entre otros puntos, los gobiernos: >respaldarán las actividades en el campo de la educación, procurando el fortalecimiento de la identidad de las poblaciones indígenas y promoviendo una coexistencia respetuosa entre los diferentes grupos sociales de las comunidades y estados; >promoverán la ampliación de los servicios de educación básica y media con orientación vocacional, principalmente en las regiones con alto porcentaje de población indígena.

## 6. Dimensión: Recurso Humano.

<p>Escaso personal calificado para trabajar en contextos plurilingües y pluriétnicos. La disponibilidad de personal bilingüe en los servicios de salud es insuficiente para cumplir la pertinencia del servicio en diferentes niveles de atención. La distribución de recurso humano carece de pertinencia cultural.</p>	<p>Personal calificado y sensible a las necesidades de salud. En los contextos multilingües hay personal que ofrece el servicio en el idioma local. La comunidad participa en la selección y evaluación del personal comunitario y nombrado.</p>
--	--

1. Resolución WHA40.33 (Mayo de 1987). 40a Asamblea Mundial de la Salud. Insta a los Estados Miembros: 1) a que utilicen en la mayor medida posible prácticos de sus sistemas médicos tradicionales en los programas de atención primaria de la salud, siempre y cuando sea hacedero y apropiado; 2) a que emprendan amplios programas de identificación, evaluación, elaboración, cultivo y conservación de plantas medicinales utilizadas en medicina tradicional; ... 5) a que se intensifique la cooperación y el intercambio de expertos, técnicas y métodos de adiestramiento en materia de sistemas médicos tradicionales y sectores afines, particularmente entre países de características culturales semejantes.

## 7. Dimensión: Formación y Capacitación de Personal de Salud.

<p>La formación y capacitación de los diferentes niveles: comunitario, técnico (medio), profesional (superior) es poco pertinente a las realidades pluriculturales y multilingües del país. El personal comunitario no es capacitado junto con los equipos de salud.</p>	<p>Se forma y capacita, con enfoque de procesos de educación permanente, en multiculturalidad e interculturalidad a todo el recurso humano en salud independientemente del lugar donde se forme. La capacitación aborda sistemáticamente la cultura y problemática local en materia de salud, y la organización para la prestación de servicios es apropiada en busca del enriquecimiento mutuo y de soluciones transformadoras consensuales que mejoren el nivel de la salud.</p>
--	--

1. Resolución WHA42.43 (Mayo De 1989). La 42a Asamblea Mundial de la Salud. "Insta a los Estados Miembros: 5) a promover la colaboración entre universidades, servicios de salud, centros de adiestramiento y organizaciones internacionales pertinentes en el estudio científico de las formas tradicionales de tratamiento médico y de su empleo, cuando esté indicado, en la asistencia sanitaria moderna".
2. Resolución Interparlamentaria entre el Parlamento Andino, Parlamento Indígena y Parlamento Amazónico. 1996. Parte I, numeral 3: Resalta la necesidad de promocionar la complementación del conocimiento occidental e indígena en el establecimiento de los servicios de salud y capacitación de recursos humanos en la interculturalidad.

## 8. Dimensión: Currículo.

<p>Énfasis en objetivos cognitivos. Enseñanza y materiales educativos con enfoque cultural y en idioma dominante. La cultura y la salud indígena constituyen añadidos curriculares sin relevancia para el cambio de actitudes.</p>	<p>Énfasis integral: objetivos cognitivos de desarrollo de actitudes, prácticas y valores étnicos, nacionales y universales. Integra concepciones educativas de los pueblos de una nación. Introduce estrategias de fortalecimiento de la unidad nacional, la autoestima y la diversidad. El currículo descentralizado ofrece conocimientos, experiencias y opciones multiculturales e interculturales, enfatizando en salud, para todos, incluyendo la enseñanza y aprendizaje de un idioma local.</p>
--	---

1. Resolución WHA40.33 (Mayo de 1987). 40a Asamblea Mundial de la Salud. Insta a los Estados Miembros: 4) a que apoyen las investigaciones sobre métodos tradicionales de tratar dolencias y de promover la salud de la familia, la nutrición y el bienestar. ...

## 9. Dimensión: Sistema de Salud.

<p>Excluyente. Único y cerrado, orientado por el enfoque biotecnológico occidental. Los sistemas tradicionales son rechazados o subestimados (provocando, una práctica encubierta y “clandestina” frente a la legalidad del país, en un modelo de “relación tolerante” en el que el Estado no otorgando reconocimiento legal a lo tradicional, “reconoce” su vigencia y su práctica<sup>9</sup>).</p>	<p>Incluyente. Abierto. Reconoce, investiga, respeta y aplica concepciones y prácticas de salud de otras culturas.</p>
---	--

1. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud. Alma-Ata. 1978. En el marco de la Atención Primaria de la Salud, estrategia definida como objetivo del proyecto “Salud para todos en el año 2000”, sobre la base del reconocimiento de su importancia y de su contribución al mantenimiento de la salud de los pueblos, la Medicina Tradicional es incorporada como un nivel primario (comunal) de los sistemas oficiales de salud.
2. Resolución WHA42.43 (Mayo De 1989). La 42a Asamblea Mundial de la Salud. "Insta a los Estados Miembros: 4) a estudiar posibilidades de aprovechamiento de las prácticas de medicina tradicional para la ampliación de la cobertura mediante atención primaria de la salud;
3. Convenio de la Biodiversidad Biológica. 1992. Art. 8.: Con arreglo a su legislación nacional, respetará, preservará y mantendrá los conocimientos, las innovaciones y las prácticas de las comunidades indígenas y locales que entrañen estilos tradicionales de vida pertinentes para la conservación y la utilización sostenible de la diversidad biológica y promoverá su aplicación más amplia, con la aprobación y la participación de quienes poseen esos conocimientos, innovaciones y prácticas, y fomentará que los beneficios derivados de la utilización de esos conocimientos, innovaciones y prácticas se compartan equitativamente.
4. Resolución CD37.R5 del Consejo Directivo de la OPS. 1993: 2.a Insta a los Estados Miembros de la OPS a que fortalezcan la capacidad técnica, administrativa y gerencial de las instituciones nacionales y locales responsables de la salud de las poblaciones indígenas, a fin de superar progresivamente la falta de información en este campo y asegurar mayor acceso a los servicios de salud y atención de calidad, contribuyendo así a mejores niveles de equidad.
5. Resolución CD37.R5 del Consejo Directivo de la OPS. 1993: 2.d Instar a los Estados Miembros de la OPS a que promuevan la transformación de los sistemas de salud y apoyen el desarrollo de modelos alternativos de atención a la población indígena, incluyendo la medicina tradicional y la investigación sobre su calidad y seguridad.
6. Resolución Interparlamentaria entre el Parlamento Andino, Parlamento Indígena y Parlamento Amazónico. 1996. Parte II, numeral 9: Insta a la conformación de un programa conjunto para los parlamentarios para que en el marco de la reforma del sector salud, se identifiquen los mecanismos para asegurar la accesibilidad de los pueblos indígenas a los sistemas de salud.

<sup>9</sup> Delgado Sumar, Hugo E. (1) Vigencia de la Medicina Tradicional. En. Ayacucho a 500 años de la Conquista. Ayacucho, UNSCH, 1992. (2) La Pluralidad de la Medicina Tradicional. Lima, Ministerio de Salud - Instituto Nacional de Medicina Tradicional. Serie Cuadernos de Medicina Tradicional 10. Lima, 2000. (3) La Medicina Tradicional en Lima Metropolitana: Migrantes de 2da. Y 3ra. Generación. Lima, PUCP, 1998.

## 10. Dimensión: Oferta de servicios de salud.

Irregular, bajas coberturas, inequitativa, étnica y geográficamente. Escasa pertinencia cultural (idioma, horario, conceptos y otros).	Regular, equitativa y con pertinencia cultural. Provee coberturas integrales con servicios básicos y acceso a todos los niveles de atención. El servicio se provee en el idioma local, con patrones comunicativos respetuosos.
--	--

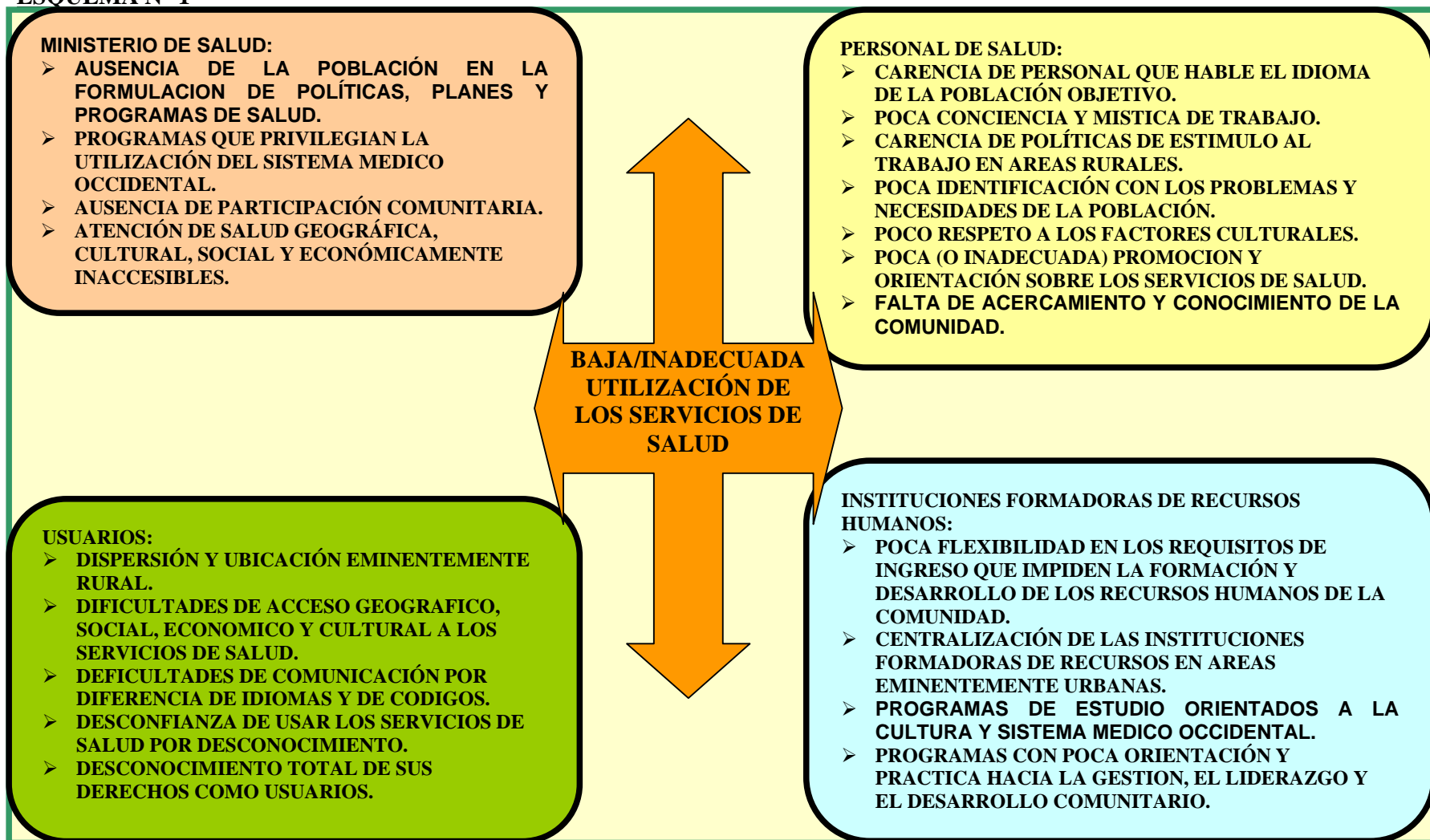
1. Cumbre de las Américas. 1994. Plan de Acción sobre Erradicación de la Pobreza y la Discriminación en nuestro hemisferio. Acceso equitativo a servicios básicos de salud.
2. Declaración de los Derechos de los Pueblos Indígenas. 1997. Artículo XII: Salud y Bienestar, numeral 4: Los estados proveerán los medios necesarios para que los pueblos indígenas logren eliminar las condiciones de salud que existan en sus comunidades y que sean deficitarias respecto a estándares aceptados por la población general.

## 11. Dimensión: Organizaciones Indígenas.

Ninguna o débil participación en la provisión de servicios de salud con enfoque occidental.	Plena participación en la prestación de servicios de salud. Incorporación de enfoques indígenas. Poder compartido. Auditoria social.
---	--

1. Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes 1969. Parte V: seguridad social y salud: Los gobiernos deberán velar porque se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados o proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental.
2. Resolución CD37.R5 del Consejo Directivo de la OPS. 1993: 3.a Solicitar al Director de la OPS, dentro de la disponibilidad de recursos, que promueva la participación de los indígenas y sus comunidades en todos los aspectos de trabajo de la Organización sobre salud de los pueblos indígenas.

## ESQUEMA N° 1

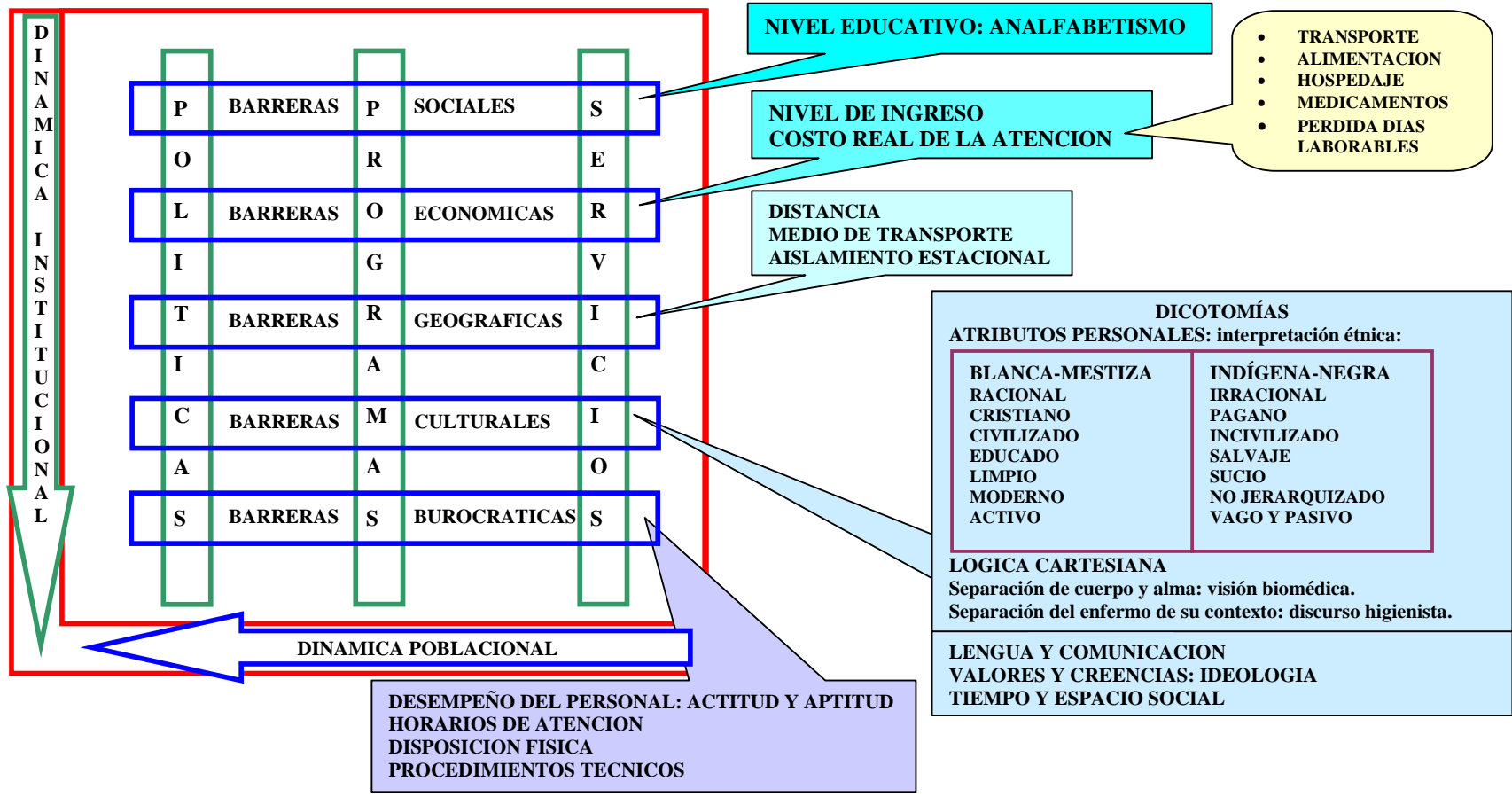






**ESQUEMA N° 2**

**ORGANIZACION Y PROVISION DE SERVICIOS DE SALUD  
MODELO UNICULTURAL:**

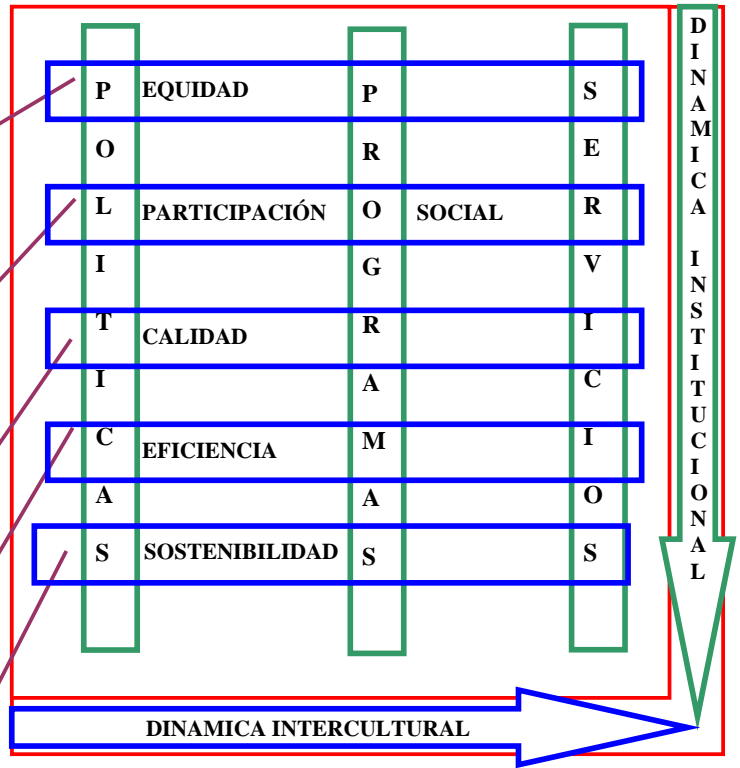




**ESQUEMA N° 3**

**ORGANIZACION Y PROVISION DE SERVICIOS DE SALUD  
MODELO INTERCULTURAL:**

- 1. PRIORIDAD DE ATENCIÓN A GRUPOS ÉTNICA Y LABORALMENTE EXCLUIDOS, 2. REVALORACIÓN Y PROTECCIÓN DE LA MEDICINA TRADICIONAL, 3. REVALORACIÓN Y PROTECCIÓN DE LA ALIMENTACIÓN AUTÓCTONA, 4. CONSERVACIÓN DEL MEDIO AMBIENTE Y LA BIODIVERSIDAD.
- 1. DESCENTRALIZACIÓN: TRASPASO DE PODERES Y FACULTADES A LAS AUTORIDADES DEL NIVEL LOCAL Y FORTALECIMIENTO DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS, 2. DESARROLLO DE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN EL DISEÑO, IMPLMEMNTACION Y EVALUACIÓN DE POLÍTICAS, PLANES Y PROGRAMAS DE SALUD.
- 1. IMPULSO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA COMO EJE MODELO DE SALUD, 2. DESARROLLO DEL MARCO JURÍDICO QUE PERMITA LA INCORPORACIÓN DE NUEVOS PARADIGMAS Y ESTRATEGIAS EN LA ATENCIÓN DE SALUD. 3. FORTALECIMIENTO Y DESARROLLO DE LOS RECURSOS HUMANOS DE AMBOS SISTEMAS.
- 1. FORTALECIMIENTO DE LA RED DE SERVICIOS, 2. DESARROLLO DE NUEVAS MODALIDADES DE GESTION CON LA PARTICIPACIÓN ACTIVA DE LA COMUNIDAD.
- 1. ATENCIÓN Y TRABAJO DIRECTO CON LA FAMILIA. 2. APOYO A LA ORGANIZACIÓN COMUNAL 3. FINANCIAMIENTO ADECUADO, 3. INCIDENCIA EN POLÍTICAS DE PROTECCIÓN DEL MEDIO AMBIENTE.





## IV. PAPEL DEL CENTRO NACIONAL DE SALUD INTERCULTURAL (CENSI) EN EL MARCO DE LA INTERCULTURALIDAD

### 1. INVESTIGACIÓN

Participativa (u operativa), en y con la comunidad, para rescatar y revalorar:

- 1.1. la ideología (sistemas de creencias y sistemas de valores),
- 1.2. los recursos (animales, minerales, vegetales y otros) y
- 1.3. las técnicas y procedimientos curativos de los sistemas médicos tradicionales y de las medicinas complementarias.

### 2. DOCENCIA Y CAPACITACION

Para formar y capacitar, con enfoque de procesos de educación permanente, en multiculturalidad e interculturalidad a todo el recurso humano de salud, independientemente del lugar donde se forme:

- 2.1. de la comunidad [promotores de salud, terapeutas indígenas, ancianos, líderes] y
- 2.2. del sistema oficial [técnicos medios: técnicos en enfermería, auxiliares de enfermería, técnicos sanitarios; y técnicos superiores: médicos, enfermeras, obstetricas, psicólogos, odontólogos, laboratoristas, etc.].

*1. Incorporando (en coordinación con la Universidad Peruana) tópicos en la formación profesional de los estudiantes de Ciencias de la Salud, Nutrición y Ciencias Sociales, que les otorgue la suficiente comprensión de la realidad plural en la que van a trabajar; 2. Desarrollando (en coordinación con las facultades de Ciencias de la Salud, Nutrición y Ciencias Sociales) acciones de capacitación que coadyuven a la formación profesional de los estudiantes; 3. Desarrollando a través del Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos (IDREH) el Diploma de Antropología de la Salud y Salud Intercultural (DASSI), como primer nivel del Post-grado de Antropología Médica; 4. Propendiendo a la especialización de los profesionales, en coordinación con el Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos (IDREH), a través del Programa de Entrenamiento en Salud Intercultural (PRESI), con valor de Maestría; 5. Capacitando en acción al personal hospitalario para la introducción de técnicas tradicionales en la práctica médica para mejorar la calidad de la atención; 6. Capacitando en acción a los terapeutas tradicionales para acercarlos a esta “modernidad” de la que queremos formen parte, con la finalidad de mejorar la calidad de la atención al interior de las comunidades. Todo ello, en el marco de un indiscutido respeto por la cultura de los individuos.*

### 3. PROGRAMA Y SERVICIOS

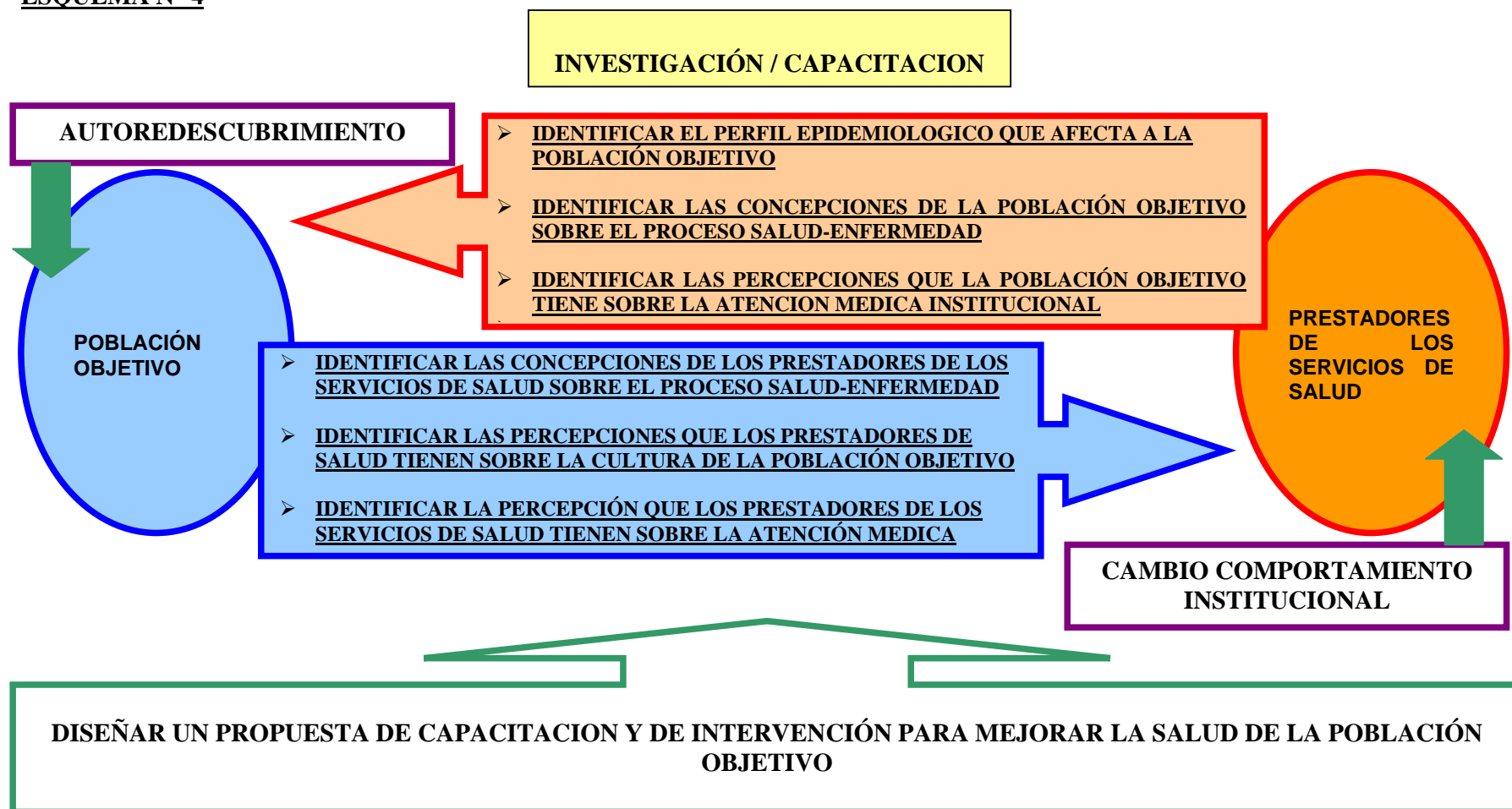
Para desarrollar programas e implementar servicios en los que se articulen los sistemas médicos tradicional y oficial, de cara a la realidad local, configurando servicios de atención “culturalmente apropiados”.

***Propiciando a través de la capacitación, procesos interactivos a través de los cuales sumar los recursos conceptuales (Creencias y conocimientos), materiales (Recursos y procedimientos curativos) y humanos (Especialistas) de ambos sistemas, en el marco del sistema oficial de salud, para crear sistemas de referencia y contrareferencia (redes) que haga más universal el acceso a la salud; esto, principalmente, en las áreas de la Salud Materno infantil y la Atención Primaria de la Salud.***

Es decir:

Investigar con, capacitar a, y llevar a cabo acciones conjuntas entre “LOS INTERLOCUTORES VALIDOS” de ambos sistemas.

**ESQUEMA N° 4**







**Cuadro N° 2****Líneas de Acción a desarrollar: Actividades y Tareas.**

<b>Actividad</b>	<b>Tareas</b>	<b>Responsable</b>	<b>Destinatario</b>
Formulación de Políticas Nacionales	1. Formulación de Políticas Nacionales y Diseño de Estrategias, en el marco de la Interculturalidad, para coadyuvar al proceso de organización y provisión de servicios integrales de salud, culturalmente apropiados.	1. Jefatura 2. Consejo Consultivo	MINSA.
Difusión - Promoción	1. Desarrollar un Programa de Difusión y Promoción de Medicina Tradicional y Salud Intercultural en Centros Educativos en coordinación con las Unidades de Servicios Educativos (USEs), con efectos multiplicadores en la familia y la comunidad.	1. D. E. de Comunicaciones 2. Docencia y Capacitación	Estudiantes primarios y secundarios.
Formación Profesional	1. Incorporar (en coordinación con la Universidad Peruana) tópicos de Medicina Tradicional y Salud Intercultural en la formación profesional de los estudiantes de Ciencias de la Salud, Nutrición y Ciencias Sociales. 2. Desarrollar (en coordinación con las facultades de Ciencias de la Salud, Nutrición y Ciencias Sociales) acciones de capacitación sobre Medicina Tradicional y Salud Intercultural.	Docencia y Capacitación.	Estudiantes de pre-grado.

Especialización	1.	Desarrollar a través del Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos (IDREH) el Diploma de Antropología de la Salud y Salud Intercultural (DASSI), como paso previo a la Maestría de Antropología Médica.	Docencia y Capacitación.	Estudiantes de postgrado.
	2.	Desarrollar, en coordinación con el Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos (IDREH) y la Universidad Peruana, el Postgrado en Antropología Médica.		
	3.	Desarrollar, en coordinación con el Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos (IDREH), el Programa de Entrenamiento en Salud Intercultural (PRESI), con nivel de Maestría.		

Complementariedad	1.	Capacitar, en acción, al personal hospitalario para la introducción de técnicas tradicionales en la práctica médica para mejorar la calidad de la atención al interior de los establecimientos de salud.	Docencia y Capacitación.	Profesionales de la Salud en ejercicio.
	2.	Desarrollar un proceso de investigación operativa sobre las técnicas introducidas, al nivel de procesos y resultados.	Investigación y Tecnología.	
	3.	Capacitar, en acción, a los terapeutas tradicionales de “poblaciones dispersas” o comunidades (indígenas o nativas) con sistemas médicos propios, para acercarlos a la “modernidad” de la que queremos formen parte, en el marco de un indiscutido respeto por la cultura de los individuos.	Docencia y Capacitación.	Terapeutas tradicionales en ejercicio.
	4.	Desarrollar un proceso de investigación “de rescate” de los recursos conceptuales (Creencias y conocimientos), materiales (Recursos y procedimientos curativos) y humanos (Especialistas) de la medicina tradicional y de las respuestas que las comunidades vienen desarrollando frente a las limitaciones de los sistemas médicos vigentes.	Investigación y Tecnología.	

Articulación	1.	Desarrollar procesos interactivos a través de los cuales sumar los recursos conceptuales (Creencias y conocimientos), materiales (Recursos y procedimientos curativos) y humanos (Especialistas) de ambos sistemas, en el marco del sistema oficial de salud, para crear sistemas de referencia y contrarreferencia (redes) en materia de Salud Materno Infantil.	Programas y Servicios. Docencia y Capacitación.	Especialistas de ambos sistemas.
	2.	Desarrollar un proceso de investigación “de rescate” de los recursos conceptuales, materiales y humanos de la medicina tradicional en el campo de la salud materno infantil	Investigación y Tecnología.	
	3.	Desarrollar procesos interactivos a través de los cuales sumar los recursos conceptuales (Creencias y conocimientos), materiales (Recursos y procedimientos curativos) y humanos (Especialistas) de ambos sistemas, en el marco del sistema oficial de salud, para crear sistemas de referencia y contrarreferencia (redes) en materia de Atención Primaria de la Salud.	Investigación y Tecnología. Docencia y Capacitación.	

Investigación	1. Manejo Silvicultural de plantaciones en Jardines Botánicos de la Frontera Nor Oriental y ampliación de los estudios etnomédicos y etnobotánicos.	Investigación y Tecnología	Comunidades del área de influencia de los Jardines.
	2. Investigación pre-clínica de la medicación herbaria peruana.		MINSA.
	3. Investigación clínica de la medicación herbaria peruana.		MINSA.
	4. Investigación aplicada sobre Parasitosis Infantil en áreas urbano marginales de la ciudad de Lima.	Investigación y Tecnología Docencia y Capacitación Programas y Servicios	Municipalidades y Centros Educativos.
	5. Investigación “de rescate” de los recursos curativos vegetales para la Malaria y otras enfermedades metaxénicas.		

Difusión Científica	1. Sistematización y difusión de la Teoría Etnomédica Peruana.	Investigación y Tecnología	Comunidad Nacional.
	2. Implementación y puesta en funcionamiento del Banco de Datos sobre Medicina Tradicional y Salud Intercultural.		
	3. Redacción y publicación de la Farmacopea Herbolaria peruana.		
	4. Constitución del Centro Colaborador en Medicina Tradicional y Salud Intercultural de la OMS.		
	5. Sistematización y elaboración de Material Académico.		



## **V. INCORPORACIÓN DEL ENFOQUE INTERCULTURAL: REQUERIMIENTOS BASICOS**

### **1. Formulación de Planes y Programas:**

Planificación de base: con y no para la comunidad.

### **2. Ejecución de Políticas, Planes y Programas:**

Evaluación continua y permanente por parte de las instancias involucradas.

### **3. Organización y provisión de atención de salud:**

Equipos multidisciplinarios, del sector y la comunidad, que se constituyan en gestores directos e interlocutores válidos de los sistemas que representan.

### **4. Comunicación:**

Conocimiento del idioma, los códigos cognitivos y de interacción.

### **5. Formación del Recurso humano:**

Programas de formación y capacitación que incluyan además de los conocimientos técnico-científicos, el conocimiento de la cultura, la cosmovisión de los pueblos y las estrategias de respuesta que éstas adoptan; aspectos de gestión, gerencia, liderazgo y comunicación social y, finalmente, técnicas y métodos de investigación.





## APÉNDICE:

### TAREAS PARA LA IMPLEMENTACION CONCEPTUAL Y OPERATIVA DEL CENTRO NACIONAL DE SALUD INTERCULTURAL (CENSI), A PARTIR DEL PRESENTE DOCUMENTO:

#### 1. Elaboración del Plan de Trabajo:

- 1.1. Definición de los objetivos comunes: MISIÓN y VISION.
- 1.2. Definición del Plan Operativo.

#### 2. Elaboración de los Marcos Metodológicos para el desarrollo de las actividades programadas:

- 2.1. Promoción - Difusión
  - 2.1.1. Programa de Difusión y Promoción de Medicina Tradicional y Salud Intercultural
- 2.2. Formación Profesional
  - 2.2.1. Propuesta de modificación curricular de las Facultades de Ciencias de la Salud, Nutrición y Ciencias Sociales
  - 2.2.2. Estructura y contenidos del Curso de Extensión sobre Medicina Tradicional y Salud Intercultural para alumnos de las facultades de Ciencias de la Salud, Nutrición y Ciencias Sociales.
- 2.3. Especialización
  - 2.3.1. Estructura y Contenidos del Diploma de Antropología de la Salud y Salud Intercultural (DAIS).
  - 2.3.2. Estructura y contenidos de la Maestría de Antropología Médica.
  - 2.3.3. Estructura y Contenidos del Programa de Entrenamiento en Salud Intercultural (PRESI).
- 2.4. Complementariedad
  - 2.4.1. Definición de los criterios de selección del personal y de las líneas de acción, contenidos y estrategia metodológica para el Programa de Capacitación en Acción del personal hospitalario.
  - 2.4.2. Definición de los criterios de selección del personal y de las líneas de acción, contenidos y estrategia metodológica para el Programa de Capacitación en Acción de los terapeutas tradicionales.

#### 2.5. Articulación

Definición de los criterios de selección de las áreas de operación, selección de personal y metodología a emplearse para la constitución de redes de Atención Primaria de la Salud con intervención de ambos sistemas.

**3. Definición de los Equipos de Trabajo:**

Número y perfil profesional de los trabajadores.

**4. Modificación de la Estructura Orgánica y Funcional de la Institución.**

**5. Elaboración de los Documentos rectores de la Institución: MOF y ROF.**

**DIRECCION GENERAL DE DOCENCIA Y CAPACITACION:**

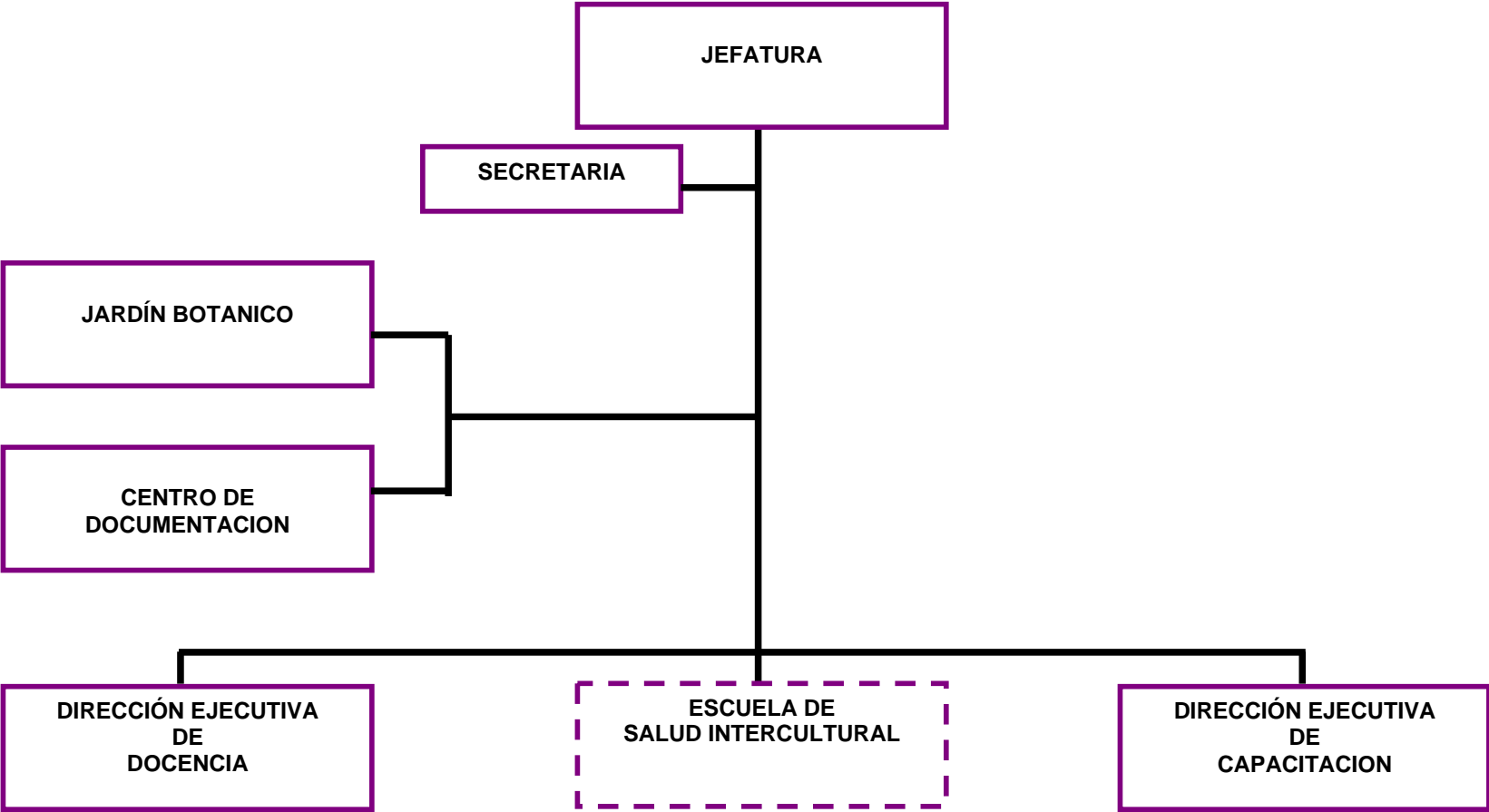
**Cuadro N° 3**

**ACTORES SOCIALES COMPROMETIDOS:**

<b>Formación y Actualización Profesional</b>		<b>Difusión / promoción de la Medicina Tradicional</b>			
Medicina Académica		Medicina Tradicional	Usuarios	Autoridades	
Médicos		Curanderos	Madres de familia	Regionales	
Enfermeras				Locales	
Obstetrices		Parteras			
Fisioterapeutas		Hueseros			
Odontólogos					
Técnicos y Aux. de Salud					
Nutricionistas-Dietistas					
Estudiantes Pre y Post grado	Medicina		Docentes	Primarios	Universitarias Educativas
	Enfermería			Secundarios	
	Obstetricia		Estudiantes	Inicial	
	Nutrición			Primaria	
	Antropólogos			Secundaria	
Sociólogos		Técnica			
Farmacéuticos		Herbolarios			
Antropólogos					
Psicólogos					
Botánicos					
Sociólogos-Asist. Sociales					
Colegios Profesionales		Asociaciones y Gremios	Organizaciones de Base		
Promotores de Salud			Público en general		

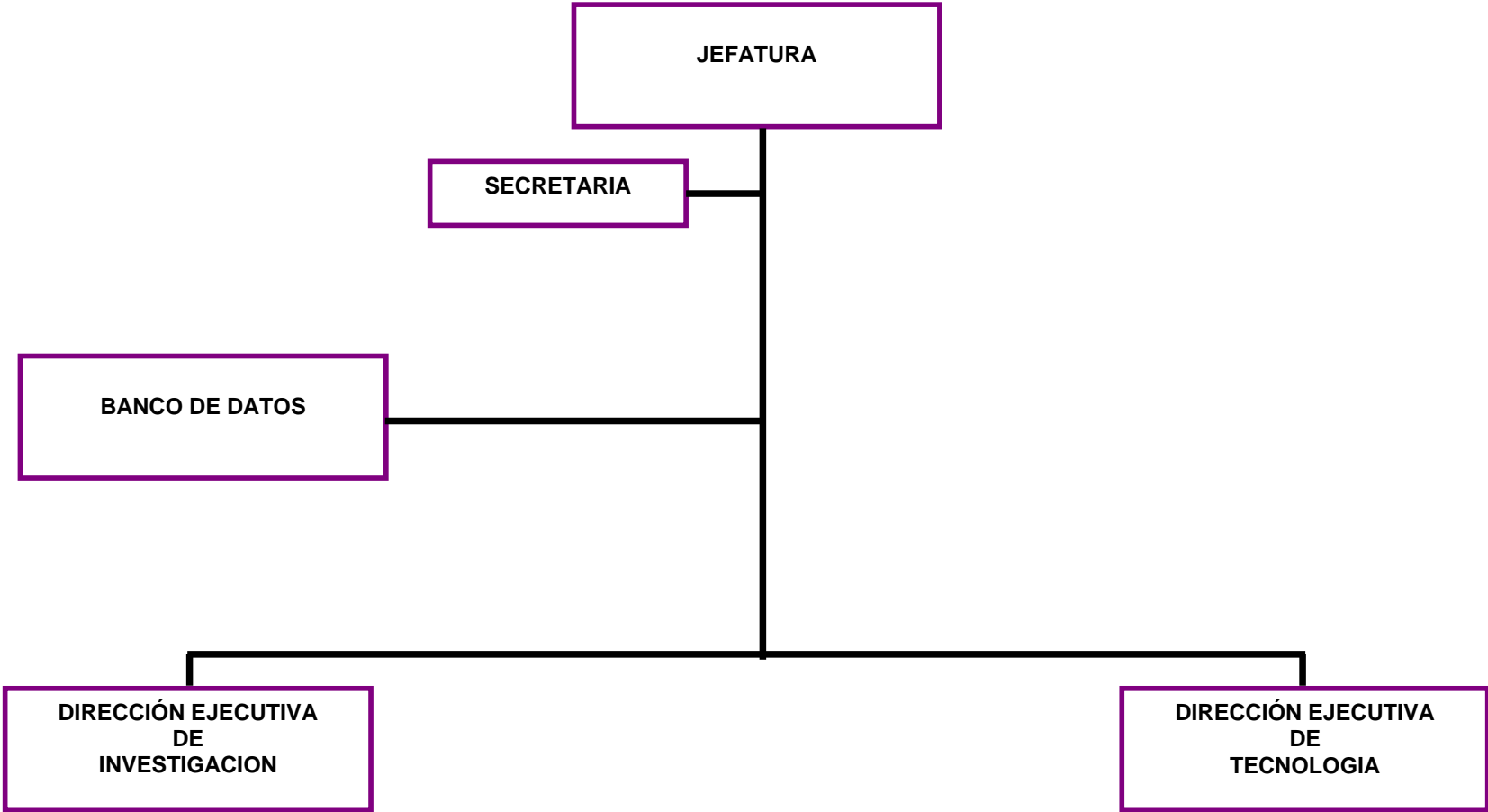


**Organigrama N° 1**  
**ESTRUCTURA DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE DOCENCIA Y CAPACITACION**





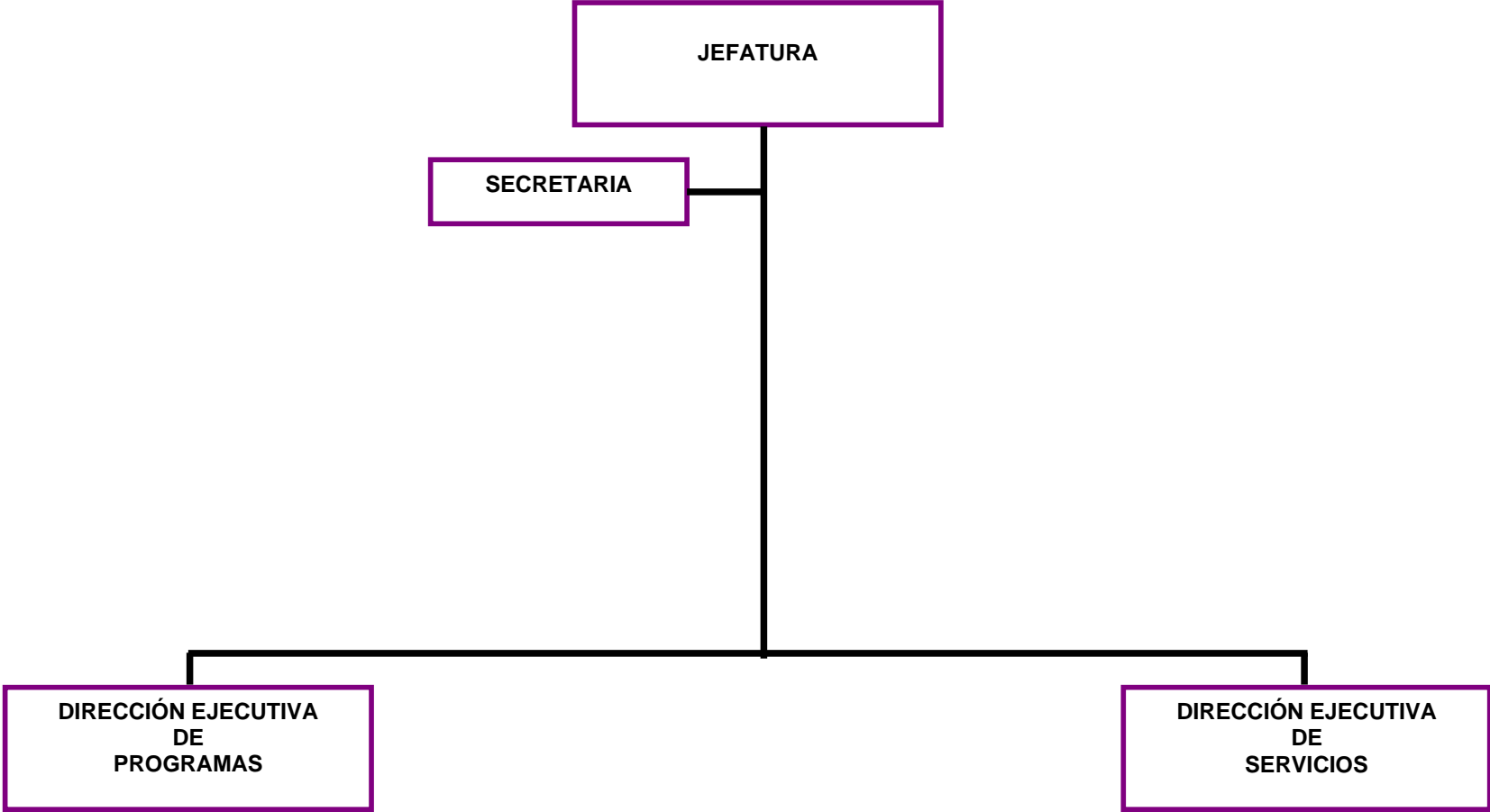
**Organigrama N° 2**  
**ESTRUCTURA DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE INVESTIGACION Y TECNOLOGIA**





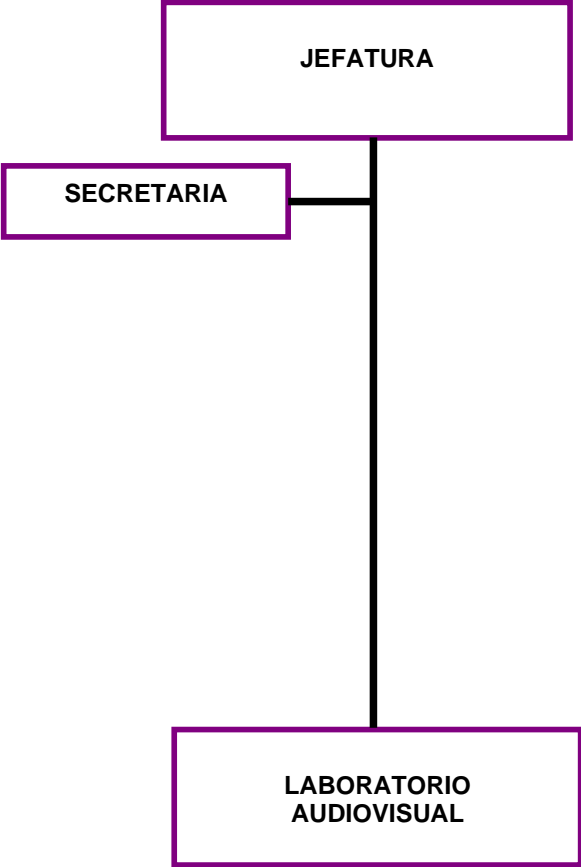


**Cuadro N° 3**  
**ESTRUCTURA DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE PROGRAMAS Y SERVICIOS**





**Cuadro N° 4**  
**ESTRUCTURA DE LA DIRECCIÓN EJECUTIVA DE COMUNICACIONES (IMAGEN INSTITUCIONAL)**





**ESQUEMA N° 5**  
**ESTRUCTURA DE LAS ACCIONES DE (1) DIFUSIÓN-PROMOCION, (2) COMPLEMENTARIEDAD Y (3) ARTICULACIÓN A**  
**DESARROLLAR EL CENTRO NACIONAL DE SALUD INTERCULTURAL**

