

ENTRECRUZANDO RÍOS

SISTEMATIZACIÓN DE LA PROPUESTA
PEDAGÓGICA DE FORMACIÓN DE ENFERMEROS
TÉCNICOS EN SALUD INTERCULTURAL DE AIDSESP

■ Cynthia Cárdenas Palacios

■ María Amalia Pesantes



ENTRECRUZANDO RÍOS

SISTEMATIZACIÓN DE LA PROPUESTA
PEDAGÓGICA DE FORMACIÓN DE ENFERMEROS
TÉCNICOS EN SALUD INTERCULTURAL DE AIDSESP

■ Cynthia Cárdenas Palacios

■ María Amalia Pesantes



Esta sistematización se realizó en el marco del Proyecto Salud de los Pueblos Indígenas, Inequidades Sociales e Interculturalidad, del Instituto de Estudios Peruanos y como parte del convenio realizado con la Asociación Interétnica de Desarrollo de la Selva Peruana (AIDSESP) para fines de investigación y difusión de su experiencia de trabajo en salud intercultural. Esta publicación y la sistematización que le dio origen se llevaron a cabo con la ayuda de una subvención del Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo (IDRC), Canadá.

© Asociación Interétnica de Desarrollo de la Selva Peruana, AIDSESP
Av. San Eugenio 981 Santa Catalina, Lima 13
Central telefónica: (51-1) 471 7118
Fax: (51-1)
Correo-e: <aidesep@aidesep.net.pe>
Web: www.aidesep.org.pe

© Instituto de Estudios Peruanos, IEP
Horacio Urteaga 694, Lima 11
Central telefónica: (51-1) 332-6194
Fax: (51-1) 332-6173
Correo-e: <publicaciones@iep.org.pe>
Web: www.iep.org.pe

ISBN edición impresa: 978-9972-51-631-3
Hecho el Depósito Legal en el Biblioteca Nacional del Perú N.º 201706498
Proyecto editorial: 31501131700589

Revisión de contenidos por AIDSESP: Mónica Sicchar y Nery Zapata
Revisión de contenidos por el IEP: Carmen Yon y Carolina Goyzueta
Corrección de estilo: Carolina Teillier

Primera edición: Junio 2017
Tiraje: 500 ejemplares
Diseño y diagramación: SINCO diseño EIRL
Impreso en el Perú, junio de 2017

Se terminó de imprimir en junio de 2017 en:
SINCO diseño EIRL
Jr. Huaraz 449 - Breña. Lima 5
Telf.: 433-5974 / 998 037 046
sincodesign@yahoo.es / sincoeditores@gmail.com

BIBLIOTECA NACIONAL DEL PERÚ
Centro Bibliográfico Nacional

610.73071 Cárdenas, Cynthia

C29

Entrecruzando ríos: sistematización de la propuesta pedagógica de formación de enfermeros técnicos en salud intercultural de AIDSESP / Cynthia Cárdenas Palacios, María Amalia Pesantes.— 1a ed.— Lima: Instituto de Estudios Peruanos; Asociación Interétnica de Desarrollo de la Selva Peruana, 2017 (Lima : SINCO diseño).

53 p.: il., diagrs., retrs ; 30 cm.

Bibliografía: p. 51-53.

D.L. 2017-06498

ISBN 978-9972-51-631-3

1. Enfermería - Estudio y enseñanza - Perú 2. Técnicos en enfermería - Formación profesional - Perú 3. Educación técnica - Currículo 4. Educación intercultural - Perú 5. Antropología médica - Perú 6. Amazonía peruana (Perú) - Población - Aspectos de salud I. Pesantes Villa, María Amalia, 1976- II. Instituto de Estudios Peruanos (Lima) III. Asociación Interétnica de Desarrollo de la Selva Peruana IV. Título

BNP: 2017- 1576

Índice

El proyecto Salud de los Pueblos Indígenas, Inequidades Sociales e Interculturalidad del IEP.....	9
AIDSESEP y la formación de enfermeros técnicos en salud intercultural amazónica	11
Introducción.....	13
1. La salud en la agenda política de AIDSESEP	17
2. Aproximaciones a la noción de interculturalidad del Programa de Salud Indígena de AIDSESEP.....	19
3. Las bases de la formación de los enfermeros técnicos en salud intercultural	21
4. Modelo de formación intercultural de profesionales técnicos en salud.....	25
4.1. Perfil del enfermero técnico en salud intercultural	27
4.2. Propuesta curricular intercultural por competencias laborales.....	29
4.3. El aprender-haciendo, como modelo pedagógico.....	31
4.4. Formación del equipo de formadores	38
4.5. El tratamiento de las medicinas indígenas como parte de la propuesta de formación.....	39
4.6. La participación de las organizaciones indígenas en la gestión de los PFETSIA	41
5. Logros de los PFETSIA	43
5.1. En el ámbito de la propuesta política	44
5.2. En el ámbito de la propuesta pedagógica.....	44
5.3. En el ámbito de la implementación de la salud intercultural.....	45
6. Dificultades y desafíos futuros	47
6.1. Falta de reconocimiento institucional de los sectores salud y educación	47
6.2. Falta de implementación de la salud intercultural en el sistema oficial de salud.....	48
6.3. Obstáculos cotidianos en los establecimientos de salud	48
6.4. Desafíos futuros	49
Referencias bibliográficas.....	51

CUADROS Y GRÁFICOS

CUADROS

1. Perfil de competencias.
2. Plan curricular de Atalaya y Bagua
3. Distribución de horas por módulo según conocimientos impartidos
4. Ficha de seguimiento
5. Ficha de supervisión y monitoreo de las sesiones de enseñanza
6. Lista de cotejo de evaluación de historia clínica
7. Ficha de evaluación de prácticas preprofesionales finales

GRÁFICOS

1. Desarrollo de los Sistemas de Salud Indígenas (DESSAI)
2. Línea del tiempo del Programa de Salud Indígena de AIDSESEP
3. Componentes del modelo de formación de los Proyectos de Formación de Enfermeros Técnicos en Salud Intercultural Amazónica

FOTOS

1. Enfermeros técnicos de Atalaya. Archivo PSI.
2. Enfermeros técnicos de Bagua. Foto: Cynthia Cárdenas.
3. Enfermeros técnicos de Nauta. Archivo FORTENIA.
4. Atención a una comunidad. Archivo PSI.
5. Huerto de plantas medicinales. Archivo PSI.
6. Clase sobre conocimientos indígenas. Archivo PSI.
7. Actividad en Bagua. Foto: Cynthia Cárdenas.
8. Estudiantes del ISTP de Nauta en la clase sobre tecnologías sanitarias indígenas. Archivo FORTENIA.
9. Alumnos en Bagua. Archivo PSI.
10. Alumnos en Atalaya. Archivo AIDSESEP.
11. Clases de los estudiantes en el ISTP de Nauta. Archivo FORTENIA.
12. Clases de los estudiantes en el ISTP de Nauta. Archivo FORTENIA.
13. Talleres con profesores de Bagua. Archivo PSI.
14. Trabajo pedagógico con docentes de Nauta. Foto: María Isolina Valdez.
15. Estudiante haciendo prácticas en el Centro de Salud Nauta. Archivo FORTENIA.
16. Reunión con dirigentes de ORPIAN-P. Archivo PSI.
17. Estudiantes del ISTP de Bagua durante sus prácticas. Archivo AIDSESEP
18. Estudiantes del ISTP de Bagua durante sus prácticas. Archivo AIDSESEP.
19. Estudiante del ISTP de Nauta durante sus prácticas. Archivo FORTENIA.
20. Maestra vaporadora dando clases en Atalaya. Archivo PSI.
21. Estudiantes del ISTP de Atalaya. Archivo PSI.
22. Estudiantes del ISTP de Nauta. Archivo FORTENIA.
23. Enseñanza de medicina indígena en Bagua. Archivo AIDSESEP.
24. Enseñanza de medicina indígena en Bagua. Archivo AIDSESEP.
25. Presidente de AIDSESEP 2005-2014. Archivo AIDSESEP.
26. Dirigentes achuar de FECONACO en reunión con autoridades. Foto: Rosa Valera.
27. Dirigente nacional de AIDSESEP en presentación de Estudio del IEP. Amazonas. Archivo: IEP
28. Dirigente nacional de AIDSESEP da bienvenida a participantes del I Encuentro de Egresados de los PFETSIA de AIDSESEP. Lima. Archivo: IEP.
29. Enfermera técnica awajún del ISTP de Bagua. Foto: Cynthia Cárdenas.

Abreviaturas

AIDSESP	Asociación Interétnica de Desarrollo de la Selva Peruana
CAI	Consejo Asesor Indígena
CENSI	Centro Nacional de Salud Intercultural
DESSAI	Desarrollo de los Sistemas de Salud Indígenas
FECONACO	Federación de Comunidades Nativas del Corrientes
FECONADIT	Federación de Comunidades Nativas del Distrito de Ipará
FORTENIA	Formación de Enfermeros Técnicos Interculturales Amazónicos
ISTP	Instituto Superior Tecnológico Público
MINEDU	Ministerio de Educación
MINSA	Ministerio de Salud
NORDECO	Nordic Agency for Development and Ecology
OAGP	Organización Ashéninka del Gran Pajonal
OIRA	Organización Indígena Regional de Atalaya
OIT	Organización Internacional de Trabajo
OPS	Organización Panamericana de la Salud
ORPIAN-P	Organización Regional de los Pueblos Indígenas de la Amazonía Norte
PEI	Proyecto Educativo Institucional
PEPISCO	Proyecto Especial Plan Integral de Salud del Corrientes
PFETSIA	Proyectos de Formación de Enfermeros Técnicos en Salud Intercultural Amazónica
PSI	Programa de Salud Indígena
UGEL	Unidad de Gestión Educativa Local
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UNMSM	Universidad Nacional Mayor de San Marcos

El proyecto Salud de los Pueblos Indígenas, Inequidades Sociales e Interculturalidad del IEP

Actores diversos, como la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Ministerio de Salud del Perú (MINSA) y las organizaciones indígenas, reconocen que es necesario incorporar el enfoque intercultural en las políticas sanitarias con el fin de disminuir las notables brechas en indicadores de salud entre los pueblos indígenas y el resto del país.¹ Sin embargo, como lo muestran los informes de supervisión de la Defensoría del Pueblo (2008, 2015), la implementación de la interculturalidad en los servicios de salud estatales del Perú es aún incipiente. Este vacío incrementa la vulnerabilidad de la salud entre las poblaciones indígenas, afectadas, además, por diversas formas de discriminación cultural, inequidades sociales y exclusión política.

El concepto salud intercultural involucra el objetivo último de lograr un diálogo equilibrado entre el sistema de salud biomédico y los sistemas de salud indígenas, respetando y manteniendo la diversidad, así como buscando formas de articulación que beneficien la salud de la población y garanticen los derechos individuales y colectivos de quienes los emplean. Se trata de un tema de justicia cultural (Tubino 2004a) estrechamente ligado a la búsqueda de la equidad social y la ciudadanía diferenciada, en un país pluricultural y multiétnico como es el Perú. De acuerdo con Tubino (2004b), el diálogo intercultural presupone generar relaciones de simetría y equidad, condiciones que lo hacen posible; es decir, no hay que empezar a preguntarse por el diálogo, sino por las condiciones del diálogo (Fornet 2000: 12). De allí que sea relevante estudiar las experiencias que buscan la salud intercultural, para analizar el modo en que esta se entiende y las condiciones que favorecen o limitan su real aplicación en contextos específicos.

Salud Indígena, Inequidades Sociales e Interculturalidad: Investigación y Evaluación Crítica de Intervenciones Implementadas en el Perú es un proyecto del Instituto de Estudios Peruanos, que se ejecuta con el apoyo del Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo de Canadá (IDRC). Este proyecto se propone, en primer lugar, investigar y hacer una evaluación crítica de políticas y programas relacionados

1. En el caso de la OPS, véase, por ejemplo, La salud de los pueblos indígenas de las Américas. Documento de la 138.ª Sesión del Comité Ejecutivo de la OPS (2006). En el caso del MINSA, podemos citar el Plan General de la Estrategia Sanitaria Nacional Salud de los Pueblos Indígenas 2010-2012. Por el lado de los pueblos indígenas hay ejemplos diversos, como la Declaración de Cajamarca del II Seminario Internacional Salud Intercultural desde los Pueblos Indígenas, Cajamarca (2011); y Construyendo puentes: Proyecto de Formación de Enfermeros Técnicos en Salud Intercultural en Bagua, AIDESEP (2013).

con la salud intercultural y los pueblos indígenas en el Perú. Los ejes de análisis más importantes son los desencuentros culturales, los determinantes sociales de la salud, y las relaciones entre el Estado y la sociedad en la formulación y ejecución de políticas y programas de salud. En segundo lugar, esta iniciativa tiene como objetivo difundir y promover la implementación de buenas prácticas y lecciones aprendidas durante las intervenciones en salud intercultural, así como generar debate sobre las condiciones sociales que las favorecen o limitan.

Con esta finalidad, hemos realizado tres estudios de casos sobre intervenciones destinadas a mejorar la salud de los pueblos indígenas, las que parten de distintas perspectivas sobre la salud intercultural y son lideradas por diferentes actores sociales y políticos. Las dos primeras son iniciativas de organizaciones indígenas de la sociedad civil, y la última está a cargo de una institución estatal de salud. Estas son:

- La experiencia de Formación de Enfermeros Técnicos en Salud Intercultural Amazónica, de la Asociación Interétnica de Desarrollo de la Selva Peruana (AIDSESP), que se inició en el 2005. El estudio se llevó a cabo en una comunidad wampis y en una comunidad awajún de las provincias de Condorcanqui y Bagua respectivamente, ambas en el departamento de Amazonas, donde se encontraban laborando enfermeros técnicos indígenas formados por AIDSESP (Chávez *et ál.* 2015).
- El Programa de Soberanía y Seguridad Alimentaria del Centro de Culturas Indígenas del Perú CHIRAPAQ, que tiene sus orígenes en 1996, creado para disminuir la desnutrición infantil revalorando conocimientos y cultivos indígenas. El estudio se hizo en comunidades quechuas ubicadas en la provincia de Vilcas Huamán, departamento de Ayacucho (Portugal *et ál.* 2016).
- El servicio de salud materna con adecuación intercultural de la Red de Salud de Churcampa, Huancavelica, que tuvo el apoyo del Consorcio Madre-Niño (Calandria, Asociación Kallpa, Salud Sin Límites Perú y Medicus Mundi Navarra) en el periodo 2005- 2008, y que continúa implementándose. La investigación se llevó a cabo en el centro de salud del distrito de Churcampa y en una comunidad campesina aledaña, ambos con población quechua y ubicados en la provincia del mismo nombre.

Nos aproximamos a la salud intercultural desde la perspectiva crítica de la antropología médica, que pone un especial énfasis en las relaciones de poder asimétricas en la construcción del conocimiento sobre la salud, así como en los condicionantes estructurales de la situación de salud de la población (Farmer 1999, Baer *et ál.* 2003). Entre estos condicionantes están la exclusión política y la inequidad social en el acceso a recursos, así como la discriminación racial, étnica y de género. Desde este abordaje crítico, prestamos atención a los contextos institucionales y a las condiciones estructurales que afectan tanto el diálogo intercultural en el ámbito de la salud como la propia salud de las poblaciones indígenas involucradas en los estudios de casos. Tomando en cuenta estas desiguales condiciones para el diálogo intercultural, también analizamos formas de posicionamiento y empoderamiento, como la revaloración de conocimientos indígenas (Walsh 2007), un componente central de las propuestas de salud intercultural de organizaciones indígenas como AIDSESP y CHIRAPAQ, como proceso previo o simultáneo al diálogo con el sistema de salud oficial.

Manteniendo esta aproximación crítica, a la vez buscamos que sea propositiva. La sistematización de la propuesta de formación en salud intercultural de AIDSESP que aquí presentamos complementa el estudio que publicamos sobre los aportes y retos de los enfermeros técnicos indígenas egresados en Amazonas (Chávez *et ál.* 2015). Así, procuramos ahondar en estas experiencias de salud intercultural que contribuyen a las políticas de salud existentes desde proyectos de cambio social y cultural, recuperando la posibilidad transformadora de la interculturalidad y su sentido político y pedagógico (Tubino 2004a, Diez 2009). Para ello, es fundamental no solo quedarse en el análisis de las políticas estatales y del enfoque dominado por la biomedicina, sino también incluir las iniciativas de otros actores sociales y políticos, como las organizaciones indígenas y sus propuestas de salud intercultural.

Carmen Yon Leau
Investigadora del IEP y
Coordinadora del Proyecto

AIDSESEP y la formación de enfermeros técnicos en salud intercultural amazónica

En la Asociación Interétnica de Desarrollo de la Selva Peruana (AIDSESEP), a través de nuestro Programa de Salud Indígena (PSI), venimos promoviendo desde hace más de veinte años varias acciones para mejorar la calidad de la salud de las comunidades indígenas y para que se respeten nuestras medicinas indígenas. Desde el año 2005 empezamos a desarrollar nuestros proyectos de Formación de Enfermeros Técnicos en Salud Intercultural Amazónica, con la finalidad de formar jóvenes indígenas que manejen tanto los conocimientos de la medicina occidental como los de la medicina de sus pueblos, para que, una vez terminados sus estudios, puedan trabajar en el Ministerio de Salud (MINSA) y contribuyan a brindar una mejor atención a los pueblos indígenas, junto con apoyar el fortalecimiento de los sistemas médicos indígenas.

En esta oportunidad presentamos la propuesta pedagógica de formación en salud intercultural que estamos desarrollando desde hace más de once años. Es un placer dar a conocer nuestra experiencia, y esperamos que sea tomada como base para las propuestas del Ministerio de Educación (MINEDU), del MINSA y de otras instituciones que empiecen a preparar a profesionales en salud intercultural.

Para nosotros, los pueblos indígenas que formamos AIDSESEP, la formación en salud intercultural solo será posible si se reconoce que los conocimientos de la biomedicina y los de las medicinas indígenas tienen el mismo valor. Esto equivale a que se permita que nuestros sabios indígenas enseñen en estos programas, pues llevan años acumulando conocimientos que ni la mejor universidad occidental podría tener, ya que han sido heredados desde hace muchas generaciones, y representan la historia de la salud de nuestros pueblos.

Agradecemos a las instituciones que hicieron posible que AIDSESEP pudiera concretar tres experiencias de formación: en Atalaya, Bagua y Nauta. En el caso de la Formación de Enfermeros Técnicos Interculturales Amazónicos (FORTENIA), nuestros hermanos de FECONACO, con fondos del Proyecto Especial Plan Integral de Salud del Corrientes (PEPISCO), consiguieron formar una promoción de enfermeros técnicos en salud intercultural. Agradecemos a los institutos de Atalaya, Bagua y Nauta por acoger la propuesta de innovación a

la carrera de enfermería técnica; a las Unidades de Gestión Educativa Local de Atalaya y Bagua por su apoyo, al igual que a las Direcciones Educativas Regionales de Ucayali, Amazonas y Loreto; y a las Redes de Salud de Atalaya, Bagua, Condorcanqui y Nauta. Finalmente, a nuestros amigos de las instituciones que permitieron solventar los estudios de nuestros jóvenes, a la fundación Karen Elise Jensen, NORDECO, Medicus Mundi Valencia y UNICEF, así como al Instituto de Estudios Peruanos por el apoyo en esta publicación.

**Consejo Directivo Nacional de AIDSESP
2015-2017**

Introducción

La Asociación Interétnica de Desarrollo de la Selva Peruana (AIDSESP) tiene como principal objetivo la defensa de los derechos de los pueblos indígenas, para lo que ha establecido diversas líneas de acción. En salud cuenta con el Programa de Salud Indígena (PSI), con 25 años de trabajo, durante los cuales ha aplicado e impulsado iniciativas y propuestas que contribuyen a la generación de políticas públicas de ámbito local, regional y nacional. El principal punto de agenda política del PSI es el *reconocimiento de los sistemas médicos indígenas, así como la mejora de la salud de las comunidades indígenas*.

Una de las iniciativas del PSI son los proyectos de Formación de Enfermeros Técnicos en Salud Intercultural Amazónica (PFETSIA), creados el 2005 con el objetivo de formar indígenas que se inserten en el sistema de salud estatal e implementen, desde dentro, el enfoque intercultural en salud. Inicialmente AIDSESP buscó trabajar de manera articulada con el Estado, y propuso la creación del Instituto Nacional de Salud Intercultural. Sin embargo, después de gestiones fallidas, decidió impulsar independientemente un programa de formación piloto en la provincia de Atalaya, Ucayali. Esta iniciativa buscaba promover, desde el movimiento indígena, cambios en la manera en que el Estado peruano responde a las demandas de salud de los pueblos indígenas. La experiencia piloto de Atalaya se replicó en las provincias de Bagua, en Amazonas (2009-2012), y Nauta, en Loreto (2010 -2013).

La propuesta inicial de formación en salud intercultural de AIDSESP consistió en aplicar una innovación pedagógica a la carrera de enfermería técnica ofrecida por el MINEDU. Considerando la diversidad cultural del país y la pluralidad de los sistemas médicos, AIDSESP, tomando como base la propuesta nacional del MINEDU, contextualizó la carrera a la realidad de los pueblos indígenas amazónicos e incorporó la salud intercultural en la formación de los enfermeros técnicos de las zonas amazónicas. Así, basándose en el Reglamento de Educación Comunitaria,² AIDSESP solicitó al MINEDU que reconociera su formación y otorgara los títulos a las y los becarios del programa, en convenio con los institutos, la mención en salud intercultural.

De las tres experiencias, solo la de Atalaya consiguió la mención en salud intercultural. Las réplicas de Bagua y Nauta no la consiguieron, pues en el 2010 las normas de educación superior tecnológica del MINEDU

2. De acuerdo con los artículos 46, 47 y 48 de la Ley General de Educación N.º 28064.

cambiaron. Sin embargo, después de una serie de reuniones, AIDESEP y la Dirección General de Educación Superior Tecnológica acordaron que las menciones en salud intercultural las otorgarían las propias instituciones formadoras. Además de crearse la nueva carrera para evitar problemas futuros en la titulación, finalmente en el 2015 la propuesta del PSI-AIDESEP sirvió como base para la formulación de la carrera de enfermería técnica intercultural bilingüe amazónica³ presentada al MINEDU por el Instituto Superior Tecnológico Público (ISTP) Joaquín Reátegui, de Nauta.

Hasta el momento han egresado 63 técnicos en salud intercultural, de un total de 69 ingresantes de los PFETSIA; es decir, se logró formar al 90% de los ingresantes: en la experiencia de Atalaya ingresaron 20 jóvenes y terminaron 19; en Bagua, ingresaron 25 jóvenes y terminaron 23; y en Nauta ingresaron 24 jóvenes y terminaron 21. Estos profesionales, pertenecen a los pueblos asháninka, ashéninka, shipibo, yine, awajún, wampis, kechwa y achuar.

La pertinencia de la propuesta del PSI-AIDESEP responde a las limitaciones de la oferta de salud brindada por el Estado peruano a los pueblos indígenas. Dicha oferta se caracteriza por la existencia de brechas culturales, lingüísticas, geográficas y económicas, que dificultan el acceso de la población indígena a los servicios de salud. Parte de estas brechas son resultado del poco conocimiento de los profesionales de la salud sobre los contextos socioculturales en los que desempeñan sus funciones. Esto es reflejo de la formación recibida, que no ofrece cursos sobre pueblos indígenas, medicina tradicional o diversidad cultural, a pesar de que desde 1993 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) recomienda que las universidades promuevan programas de formación en salud con perfiles interculturales. Asimismo, el Convenio 169 de la Organización Internacional de Trabajo (OIT), en su artículo 25, establece que el Estado tiene la obligación de poner a disposición de los pueblos indígenas servicios de salud adecuados o brindarles los medios que les permitan organizar y brindar estos servicios bajo su responsabilidad y control.

Estas limitaciones en la formación de recursos humanos en salud se evidencian en el Informe N.º 169 de la Defensoría del Pueblo, que indica que «de las 64 universidades que ofrecen alguna carrera de salud en el Perú, solo 16 incluyen el enfoque intercultural como uno de los ejes a fortalecer en la formación de profesionales en salud» (2014: 97). Además de la incipiente incorporación del enfoque intercultural en la formación de profesionales de la salud, las condiciones en las que laboran en zonas rurales se caracterizan por la alta rotación de prestadores, la falta de profesionales médicos y no médicos, deficiente infraestructura y serios problemas de distribución de medicamentos esenciales, lo que incrementa la desconfianza de la población frente a los servicios de salud estatales (Chávez *et ál.* 2015).

La necesidad de tener personal de salud con formación intercultural, así como la de mejorar otras dimensiones de la calidad de la atención, es perentoria. Persisten grandes inequidades en salud, que se reflejan en la poca cobertura y en los indicadores sanitarios de los pueblos indígenas. En la Amazonía, 51,2% de las comunidades nativas carecen de algún tipo de establecimiento de salud (INEI, Censo Nacional Agropecuario 2012). Esto se traduce, entre otras cosas, en pobres indicadores de salud. Por ejemplo, la tasa de mortalidad infantil entre la población que tiene como lengua materna una lengua amazónica es de 49,2%, mientras que el promedio nacional es de 18,5% (Benavides *et ál.* 2010), y más de 25% de niños y niñas que tienen como materna una lengua originaria sufren desnutrición crónica, es decir, 7% más que el promedio nacional (INEI 2009). Asimismo, un estudio de la OPS (2012) encontró que la prevalencia de desnutrición crónica entre indígenas menores de 5 años de las provincias de Bagua y Condorcanqui era de 56,2%, mientras que entre no indígenas de la misma edad y de estas mismas provincias era de 21,9%. En parte, estas disimilitudes son

3. El 1 de abril del 2015, después de tres años de presentado el expediente, el Ministerio de Educación emitió el Oficio N.º 124, mediante el cual, producto del silencio administrativo positivo, autorizó la creación de la carrera.

consecuencia de la poca presencia del Estado en estas zonas y de la fuerte presión económica sobre los territorios indígenas.⁴

Diversos estudios evidencian que la mala calidad de la atención constituye uno de los factores principales por los que, en el Perú y otros países latinoamericanos, la población indígena no acude a los servicios de salud (Ramírez 2010, Anderson 2001, Yon 2000). Por ello, para AIDSESEP, formar recursos humanos en salud intercultural —mediante la implementación del enfoque intercultural— constituye un paso imprescindible en el camino de mejorar la calidad de atención y, en consecuencia, la salud de la población indígena amazónica. Frente a esta problemática, AIDSESEP decidió promover la formación de técnicos desde un enfoque intercultural.

La propuesta de formación en salud de AIDSESEP se sustenta en una visión de la interculturalidad que va más allá de una actitud personal que promueve el respeto por las diferencias, para establecer diálogos entre individuos y sociedades diferentes. La interculturalidad, para AIDSESEP, es una propuesta política que genera cambios en las estructuras estatales tradicionales en las que el Estado peruano ofrece servicios públicos a los pueblos indígenas. En este sentido, la salud intercultural solo será posible si el Estado y los profesionales de la salud reconocen que los sistemas médicos indígenas tienen el mismo valor que el sistema de salud occidental, y que poseen valiosos aportes para la formación de profesionales en salud. Desde esta situación de igualdad, ambos sistemas médicos dialogan, llegan a consensos, se articulan y generan un subsistema de salud intercultural en el sistema de salud estatal. Parte de esta igualdad de diálogos de conocimientos implica que los sabios indígenas sean contratados como profesores y que, al momento de la asignación de horas y la contratación, tengan el mismo estatus académico que los profesionales occidentales.

Con esta mirada, AIDSESEP diseñó el perfil del técnico enfermero en salud intercultural. La propuesta de formación se plasma en un Proyecto Educativo Institucional (PEI) que recoge lo mejor de los dos sistemas médicos: el occidental y el indígena, en función de las habilidades que requiere alcanzar un profesional que desempeñará sus actividades en contextos multiculturales, con predominancia de población indígena. Con esta formación, AIDSESEP garantiza la preparación de interlocutores indígenas encargados de diseñar propuestas políticas sobre salud desde la visión de los pueblos indígenas.

Los desafíos de AIDSESEP no se limitan a la formación de enfermeros técnicos en salud intercultural amazónica ni a la inserción laboral de los egresados, sino que implican también su permanencia y, posteriormente, la generación de políticas públicas que garanticen el reconocimiento de la formación, así como la asignación de plazas presupuestales para su contratación. Esto será posible si se reconoce que, gracias a las acciones de salud intercultural que efectúan, estos profesionales contribuyen a mejorar la calidad de la atención brindada a la población indígena (Pesantes 2014, Chávez *et ál.* 2015).

Once años después de que AIDSESEP iniciara una experiencia piloto para la formación de jóvenes indígenas en salud intercultural, es posible mostrar los aspectos más resaltantes de la propuesta pedagógica, así como sus logros en cuanto a formación, incorporación del enfoque intercultural y mejora de la calidad de la atención de la salud de las comunidades nativas.

4. Para mayor información, véase MINSA 2006.

La salud en la agenda política de AIDSESEP

Desde inicios de la década de los noventa, la salud ocupa un lugar importante en la agenda política de AIDSESEP. Los líderes indígenas promovieron el fortalecimiento de los sistemas de salud indígena, y a partir del año 2000 la salud intercultural se convirtió en una de sus principales propuestas, tal como lo menciona Reátegui, ex director del PSI: luego de varios esfuerzos «llegamos a la conclusión de que nuestra identidad [indígena] estaba orientada a una visión *intercultural* de la salud» (2005: 11, énfasis en el original). Desde esta perspectiva, la organización indígena ha propuesto una serie de estrategias para que las condiciones de salud de los pueblos indígenas mejoren. A la vez, es importante mencionar que si los pueblos indígenas no cuentan con un territorio seguro y sano, difícilmente se alcanzará una salud de calidad.

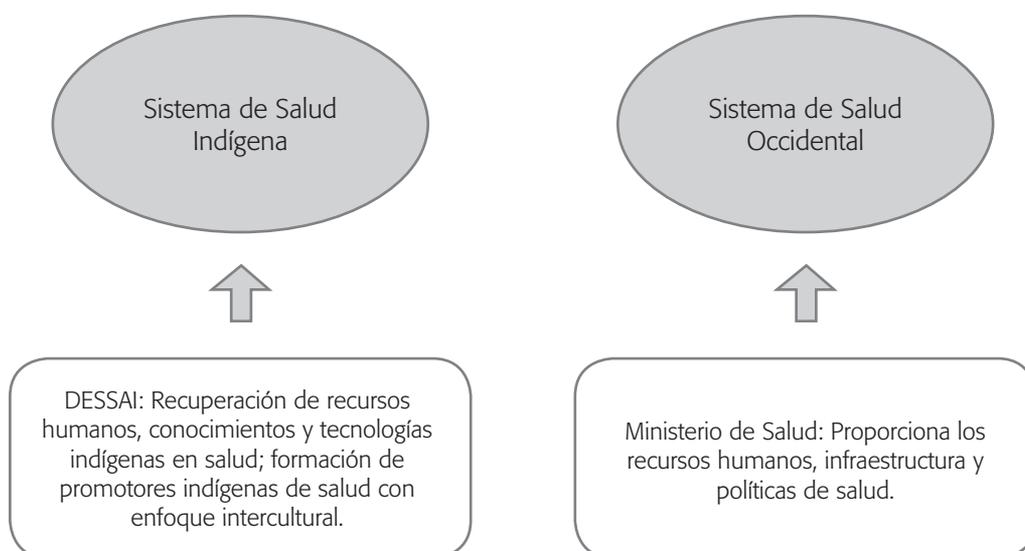
El PSI se creó en 1991, con la finalidad de «desarrollar el diálogo intercultural con la medicina occidental y como consecuencia de la desatención del derecho a la salud de los pueblos indígenas por parte del Estado» (Rodríguez *et ál.* 2009: 89). Se estableció como principal objetivo del programa *mejorar la calidad de la salud de las comunidades indígenas*; y para alcanzarlo, el PSI aplicó dos líneas de trabajo: a) el Desarrollo de los Sistemas de Salud Indígenas (DESSAI),⁵ y b) la creación de un Sistema de Salud Intercultural en el Estado peruano (véase el gráfico 1).

Incorporar la salud intercultural en la agenda política no implica que AIDSESEP haya abandonado la promoción del desarrollo de sus propios sistemas médicos; no obstante, para conseguir el reconocimiento del Estado es fundamental contar con personas que tengan sensibilidad para aceptar que existen otros sistemas médicos tan válidos como el sistema biomédico, que en la Amazonía peruana están vigentes y que la población los usa. La salud intercultural aparece, así, como la posibilidad de generar estos cambios. En el caso de la salud, AIDSESEP no solo ha desarrollado una propuesta intercultural, sino también un modelo de formación intercultural de profesionales técnicos.

5. Para mayor explicación, véase Hvalkof 2003.

Gráfico 1. Desarrollo de Sistemas de Salud Indígenas (DESSAI)

Programa Salud Indígena
1992-2000



Fuente: AIDSESEP 2011.

Aproximaciones a la noción de interculturalidad del Programa de Salud Indígena de AIDSESP

AIDSESP percibe la interculturalidad como la capacidad de respetar y establecer diálogos entre personas y pueblos con culturas diferentes: «implica un diálogo entre iguales [...], entre personas que pertenecen a culturas que se encuentran en el mismo nivel de valoración» (Chávez *et ál.* 2015: 16). La interculturalidad parte de reconocer la existencia de la diversidad cultural, la cual está en permanente relación, y esta relación se debe dar sobre la base de la igualdad.

En su dimensión política, la interculturalidad representa, en el Perú, la posibilidad de transformar las relaciones que el Estado ha establecido con los pueblos indígenas, partiendo de una postura crítica frente a la forma en que el país se constituyó en un Estado-nación monocultural, que ignoraba a los pueblos indígenas y sus aportes. Como afirma Henderson Rengifo, presidente de AIDSESP (2015), «no creemos que será posible implementar la interculturalidad si no se hace primero un esfuerzo de descolonización de las formas tradicionales en las cuales se han producido y reproducido las relaciones entre nosotros y los representantes del Estado» (Chávez *et ál.* 2015: 16-17). Parte de la propuesta de interculturalidad de AIDSESP se basa en cambiar la relación de poder hegemónica con el Estado, y en lograr que las políticas públicas reflejen la pluriculturalidad del país y que se modifiquen las estructuras en las que se cimientan. Desde esta noción, AIDSESP construye sus propuestas políticas, orientadas a garantizar el reconocimiento de la diversidad cultural, cognitiva y epistemológica.

Esta idea de la interculturalidad crítica, propuesta desde la visión indígena, se caracteriza, además, por su fuerte cuestionamiento al Estado peruano, al colocar en el debate la importancia de reconocer los conocimientos indígenas como igualmente válidos y en el mismo nivel valorativo que los conocimientos occidentales. Los principales elementos de la implementación de la interculturalidad se centran en entenderla como un proceso abierto, flexible y en permanente construcción, que se va repensando en función de los contextos en donde se ejecuta, al mismo tiempo que se enriquece con las experiencias de formación y las de los egresados del programa. Se presenta, así, una idea de interculturalidad que, a partir de su puesta en práctica, produce reflexiones teóricas que permiten ir delimitando esta visión. Lo expuesto implica que los conocimientos, las prácticas y tecnologías indígenas no sean incorporados a una estructura pensada desde una lógica occidental, ni que cumplan una función instrumental. Por el contrario, se replantean las estructuras

epistemológicas desde las lógicas indígenas, en diálogo con las otras lógicas, y se genera la posibilidad de crear nuevos escenarios de articulación de conocimientos, prácticas, formas de sentir, pensar, representar y percibir el mundo.

Es importante resaltar que, a diferencia de las propuestas de salud intercultural aplicadas desde la visión estatal, la propuesta de AIDSESEP no promueve solo la adecuación cultural o la pertinencia cultural de los servicios de salud a ciertas prácticas sanitarias indígenas. Busca que, sobre la base del diálogo, los responsables del sector salud y los representantes de los pueblos indígenas lleguen a consensos sobre cómo diseñar y prestar los servicios de salud en contextos donde conviven dos sistemas de salud, es decir, propone pensar en un subsistema de salud intercultural. Por otro lado, para AIDSESEP, la salud intercultural solo será posible si, tal como se expresa en el Proyecto Educativo Institucional de Atalaya, «es imposible diseñar un sistema de salud intercultural sin contar con personal capacitado para ello» (AIDSESEP 2005: 43). Por esta razón, AIDSESEP se planteó como primer paso la formación de técnicos en salud intercultural.

Las bases de la formación de los enfermeros técnicos en salud intercultural

Aprincipios de los 2000, el PSI-AIDSESEP tenía como principales prioridades fortalecer y desarrollar los sistemas de salud indígena y, a su vez, contribuir a mejorar la atención en salud estatal que reciben los pueblos indígenas, contando con profesionales que conocieran la realidad de los mismos. Los PFETSIA vienen a ser «una síntesis de los tres objetivos esenciales del PSI de AIDSESEP: recuperar, desarrollar y proteger los conocimientos y tecnologías de salud de los pueblos indígenas; incorporar el enfoque intercultural en los sistemas de salud del Estado peruano; y, finalmente, contar con los recursos humanos indígenas formados en una visión intercultural de la salud de sus pueblos» (Rodríguez *et ál.* 2009: 92).

La idea inicial del equipo del PSI fue formar promotores —actualmente denominados *agentes comunitarios en salud*—. Sin embargo, después de una evaluación interna y como producto de la evaluación del DESSAI en el año 2000, el PSI-AIDSESEP vio la necesidad de formar recursos humanos que puedan insertarse en los servicios de salud estatal. Tal posibilidad estaba vedada para los promotores, ya que dependían del proyecto y no generaban con el MINSA un vínculo laboral que les permitiera estar oficialmente dentro del sistema (Hvalkof 2003). Al evaluar distintas opciones de formación se optó por una carrera técnica, ya que el nivel de educación superior no universitaria se encuentra más próximo a las epistemologías indígenas, por tratarse de un sistema práctico y profesional, exento del academicismo de la educación superior universitaria. Esto permitió —como veremos más adelante— que los ISTP albergaran, mediante convenio, la propuesta de formación de AIDSESEP.⁶

Considerando los aspectos mencionados y aprovechando que la Ley General de Educación N.º 28044 contempla un capítulo sobre educación comunitaria, AIDSESEP tomó esta política estatal como una oportunidad perfecta para asumir el reto de promover propuestas en este sentido, como lo propone el artículo 48 de la mencionada ley: «El Estado promueve, valora y reconoce, en los ámbitos nacional, regional y local, iniciativas de Educación Comunitaria con niveles adecuados de calidad. La optimización de los recursos existentes en las comunidades contribuyen a este fin» (AIDSESEP 2005: 4).⁷

-
6. AIDSESEP optó por promover la inserción de su propuesta en el nivel tecnológico porque en este hay menos resistencia a incorporar una formación en salud que cuestione la forma tradicional cartesiana de concebir el conocimiento. Aun siendo conscientes de las dificultades reinantes en las universidades para reconocer los conocimientos indígenas como válidos, AIDSESEP está apostando por continuar la profesionalización de los enfermeros técnicos en salud intercultural amazónica como licenciados en enfermería, lo que les permitirá ocupar cargos que permitan visibilizar las estrategias en salud intercultural que ellos mismos implementan. Para mayor detalle, véase el artículo 48 de la Ley General de Educación N.º 28044.
 7. Para mayor detalle, véase el artículo 48 de la Ley General de Educación N.º 28044.

En este nuevo escenario, el PSI-AIDSESEP decidió iniciar directamente las gestiones con los ISTP y las unidades de gestión educativa local (UGEL) para realizar una innovación pedagógica a la carrera de enfermería técnica. Dicha innovación consistía en la incorporación transversal del enfoque intercultural durante la formación, aprovechando la oportunidad ofrecida por la Ley General de Educación.

El PSI-AIDSESEP se planteó cuatro objetivos para los PFETSIA: a) formar recursos humanos indígenas altamente capacitados en la atención de la salud de pueblos indígenas; b) recuperar y desarrollar los conocimientos y las tecnologías de salud de los pueblos indígenas; c) mejorar el acceso y la atención de la salud pública de los pueblos indígenas amazónicos; y d) desarrollar un sistema de salud intercultural en la Amazonía peruana. Con los PFETSIA, el PSI-AIDSESEP buscó fortalecer el área de salud, pues la profesionalización de indígenas permitirá contar con interlocutores entre el Estado y los pueblos indígenas para abordar este tema.⁸

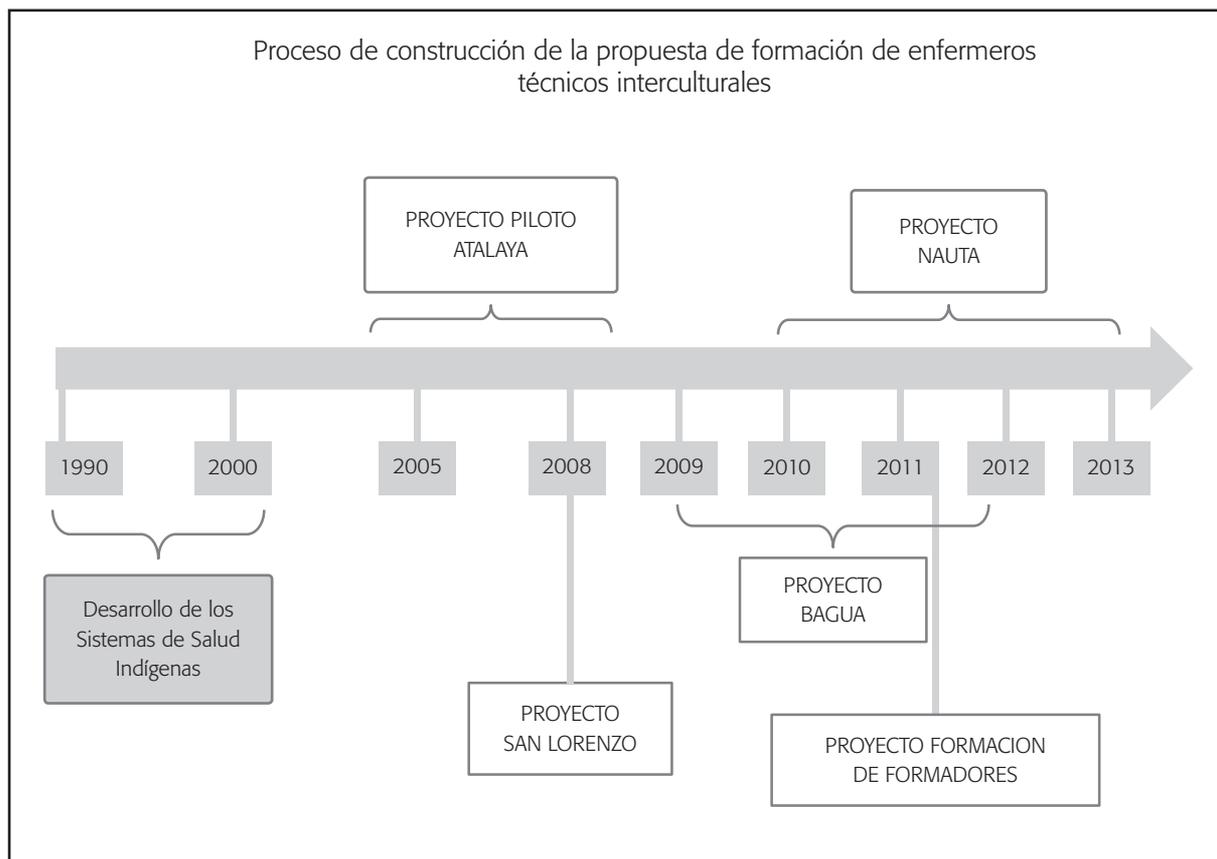
En el año 2005 se iniciaron las acciones de los PFETSIA en convenio con el ISTP Atalaya (2005-2008). Luego siguieron las réplicas en convenio con el ISTP San Lorenzo (2008-2010),⁹ la réplica en convenio con el ISTP Bagua (2009-2012) y la réplica en Nauta (2010-2013) en convenio con el ISTP Joaquín Reátegui. Además de los convenios interinstitucionales, las federaciones indígenas de base y las organizaciones regionales tuvieron un papel importante en la selección de beneficiarios del programa, como se menciona en la ayuda memoria interna de los PFETSIA: «por eso les pedimos a nuestros hermanos que seleccionen a sus mejores jóvenes en función de sus compromisos con su comunidad, sus conocimientos sobre la realidad indígena y luego sean evaluados en sus aprendizajes básicos y en sus conocimientos en salud» (AIDSESEP 2012: 2). La Organización Ashéninka del Gran Pajonal (OAGP), la Organización Indígena Regional de Atalaya (OIRA), la Federación de Comunidades Nativas del Distrito de Iparía (FECONADIT), la Organización Regional de los Pueblos Indígenas de la Amazonía Norte (ORPIAN-P) y la Federación de Comunidades Nativas del Corrientes (FECONACO) se encargaron de hacer una primera selección de sus jóvenes,¹⁰ a quienes luego evaluó el equipo del PSI-AIDSESEP con una prueba que incluyó los siguientes ítems: a) conocimientos generales, b) entrevista personal y c) lengua materna. En el gráfico 2 se muestra la línea de tiempo del Programa de Salud Indígena de AIDSESEP.

8. Para una evaluación crítica de este punto, véase Pesantes 2014.

9. Mediante un convenio, AIDSESEP permitió que la réplica de San Lorenzo estuviera a cargo de la organización no gubernamental Terra Nuova. Sin embargo, debido a desencuentros referidos al modelo de formación intercultural, se decidió salir del proyecto y no reconocer esta réplica como propia, pues no respondía a los principios educativos de AIDSESEP.

10. La organización respectiva entregaba un certificado de comunero a cada postulante, documento que avalaba la postulación.

Gráfico 2. Línea de tiempo del Programa de Salud Indígena de AIDSESP



Fuente: AIDSESP 2012. Revisado por Mónica Sicchar.

Modelo de formación intercultural de profesionales técnicos en salud

El propósito de AIDSESEP era (y es) contar con indígenas formados como profesionales de la salud que cumplan la función de puente entre la medicina occidental y las medicinas indígenas. Para conseguirlo, se pensó en un profesional de la salud que ejercería su labor allí donde el personal mestizo no quiere ir. Así, AIDSESEP priorizó la formación de técnicos en enfermería, por ser los que más llegan a las comunidades, pues la mayoría de establecimientos de salud de las zonas más alejadas de la Amazonía los tienen como único personal, y son los que más proximidad tiene a los pueblos indígenas (Salud Sin Límites 2014).

Una de las primeras preocupaciones del PSI-AIDSESEP fue el diseño de un currículo intercultural — mediante la diversificación y adecuación de la carrera de enfermería técnica—, que consiguiera tejer y articular los conocimientos de ambos sistemas médicos. Para ello, fue necesario contratar recursos humanos que desarrollaran estos conocimientos, y capacitarlos en estrategias pedagógicas para lograr una formación intercultural (por ejemplo, con talleres de educación intercultural dirigidos a docentes de los PFETSIA al inicio de cada semestre académico). Considerando estos aspectos, se diseñó una propuesta curricular, un modelo pedagógico de enseñanza-aprendizaje y un sistema de evaluación.



Foto 1. Enfermeros técnicos de Atalaya. Archivo PSI.



Foto 2. Enfermeros técnicos de Bagua. Foto: Cynthia Cárdenas.



Foto 3. Enfermeros técnicos de Nauta. Archivo FORTENIA.

Para cada experiencia del programa (Atalaya, Bagua y Nauta), el PSI-AIDSESEP elaboró proyectos educativos institucionales (PEI) que contenían los siguientes puntos: visión, misión, principios, objetivos, fundamentos, currículo, sistema de evaluación y forma de gestión de la propuesta de formación. Como AIDSESEP lo explica en el PEI-Bagua:

[...] el PEI constituye una herramienta de gestión excepcional, puesto que orienta la formación de un grupo de jóvenes indígenas incorporados mediante convenios específicos a la vida académica del ISTP de Bagua, a través del cual deben recibir la formación profesional en la medicina occidental, y que complementariamente recibirán los conocimientos y las tecnologías de salud indígena a través del presente proyecto (AIDSESEP 2009: 5).

Una de las particularidades de la propuesta de los PFETSIA es su adaptabilidad. Si bien los proyectos tienen una propuesta educativa con fundamentos y principios, la estructura se adecúa a las realidades y características de los pueblos indígenas participantes. Una de las primeras innovaciones fue el carácter itinerante de los PFETSIA: uno en Atalaya, uno en Bagua y uno en Nauta. Esto responde al reconocimiento de la diversidad de sistemas médicos indígenas, que no se pueden clasificar bajo el rótulo de «medicina indígena» puesto que cada uno posee sus propios conocimientos. Por ello, AIDSESEP adoptó como estrategia trabajar, en cada una de las experiencias, con pueblos pertenecientes a la misma familia etnolingüística o que, por su proximidad territorial, compartiesen ciertos elementos comunes.

Otro aspecto fundamental de la propuesta de AIDSESEP es el propedéutico, para fortalecer las capacidades básicas no logradas durante la educación básica regular, como consecuencia de la pésima oferta educativa del Estado peruano para la juventud de los pueblos indígenas, lo que dificulta la posterior adquisición de las competencias técnico-profesionales. El PSI-AIDSESEP debió asumir este costo y compensar las carencias, principalmente en las áreas de matemática y comunicación, motivo por el cual el propedéutico no se diseñó solo como un ciclo cero sino que se extendió durante toda la formación. El gráfico 3 resume los componentes del modelo de formación de los Proyectos de Formación de Enfermeros Técnicos en Salud Intercultural Amazónica.

Gráfico 3. Componentes del modelo de formación de los Proyectos de Formación de Enfermeros Técnicos en Salud Intercultural Amazónica



Elaboración propia.

4.1. Perfil del enfermero técnico en salud intercultural

En el PEI de Atalaya se afirma que «el Profesional-Técnico en Salud Intercultural Amazónico es un recurso humano cuyo desempeño debe desarrollarse en las comunidades indígenas de la Amazonía, donde la medicina occidental llega esporádicamente o no llega; y donde la población mantiene un concepto de salud enraizado en su cultura» (AIDSESP 2005: 7).



Foto 4. Atención a una comunidad. Archivo PSI.



Foto 5. Huerto de plantas medicinales. Archivo PSI.

Para conseguir este objetivo, el PSI-AIDSESP creó un perfil del nuevo *recurso humano* desde una visión indígena. Se establecieron capacidades en función de las habilidades que necesita un profesional que atiende en contextos multiculturales, lo que permitió a las y los jóvenes indígenas establecer diálogos interculturales entre la medicina occidental y las medicinas indígenas, en función de las necesidades de salud de los pueblos indígenas. Pesantes (2014) encontró, por ejemplo, que un técnico en salud intercultural de Atalaya aplicaba a un mismo paciente tecnologías médicas indígenas como el tabaco para «jalar» la enfermedad y suero intravenoso para detener una deshidratación.

El perfil profesional diseñado no es estático; por el contrario, durante las tres experiencias se fue alimentando de las lecciones que se iban aprendiendo en el camino. Así, se reformularon algunas competencias y se incorporaron otras, en función del contexto en el cual los egresados ejercerían su profesión. El objetivo: que el nuevo profesional cumpla su papel de bisagra entre ambos sistemas médicos. En total, se diseñaron 15 capacidades a ser alcanzadas progresivamente durante los tres años de formación (cuadro 1).



Foto 6. Clase sobre conocimientos indígenas.
Archivo PSI.

Cuadro 1. Perfil de competencias

1. Reconoce, utilizando indicadores propios y/u occidentales, las enfermedades prevalentes y más significativas de la población, valorando la precisión y oportunidad de su diagnóstico.
2. Administra tratamiento indígena y/u occidental, conociendo la enfermedad y los medicamentos en todos sus efectos, respetando la cosmovisión del paciente.
3. Organiza a los miembros del equipo de salud occidental, indígena e intercultural, asignando tareas y funciones específicas, valorando las virtudes de cada uno de ellos.
4. Reconoce y maneja correctamente los procedimientos de atención en los puestos, centros y hospitales, valorando las ventajas y desventajas de cada uno de ellos.
5. Promueve la recuperación, conservación y desarrollo de conocimientos propios en el cuidado de la salud de los pueblos indígenas.
6. Diseña, ejecuta y evalúa actividades específicas tendientes a una atención integral de salud, respetando la cosmovisión y los valores ancestrales de las personas.
7. Reconoce y describe el estado nutricional en niños menores de 5 años; detecta problemas nutricionales y de desarrollo; y realiza la estimulación temprana, valorando la importancia de la misma.
8. Identifica y controla signos de alarma en el embarazo, parto y puerperio, así como signos de alarma en el recién nacido, utilizando métodos occidentales e indígenas, respetando reglas y valores comunales.
9. Identifica y maneja con eficiencia tratamientos específicos para mordedura de ponzoñosos, utilizando tecnologías propias u occidentales, valorando la acción inmediata frente a estos accidentes.
10. Recoge, extiende, embala y remite de manera eficiente las muestras para el laboratorio, reconociendo la importancia del contenido recogido y valorando su conservación.
11. Investiga, describe y analiza los problemas sociales de una comunidad y sus posibles soluciones en el marco del plan de vida de dicha comunidad.
12. Opera programas informáticos básicos, conociendo sus bases teóricas y reconociendo la importancia de las TIC [tecnologías de la información y la comunicación] para su desarrollo profesional.
13. Lee, entiende, habla y redacta con claridad y coherencia en castellano, particularmente en lenguaje técnico profesional, valorando la importancia de la comunicación en la lengua franca.
14. Lee y redacta correctamente en lengua materna, valorando la importancia de la conservación de la misma.
15. Planifica, ejecuta y evalúa actividades preventivas promocionales de salud de su jurisdicción.

Fuente: Proyecto Educativo de AIDSESP. Bagua 2009.

4.2. Propuesta curricular intercultural por competencias laborales

El currículo intercultural fue elaborado considerando dos sistemas de conocimientos: el occidental y el indígena, así como un conjunto de capacidades referidas a la realidad sociohistórica de los pueblos indígenas. El currículo propuesto por AIDSESEP es flexible, en términos educativos. Esto quiere decir que es adaptable, abierto, porque incorpora actividades o competencias emergentes en cualquier etapa de su desarrollo; y es diversificado, pues responde a cada realidad concreta de las culturas amazónicas. La flexibilidad permite la promoción del desarrollo de competencias, así como la incorporación y modificación de contenidos de acuerdo con el contexto.



Fotos 7. Actividad en Bagua. Foto: Cynthia Cárdenas.



Foto 8. Estudiantes del ISTP de Nauta en la clase sobre tecnologías sanitarias indígenas. Archivo FORTENIA.

En este sentido, la propuesta curricular contempla una revisión permanente de las competencias y un reajuste del plan curricular en función de la realidad en la cual los egresados se insertarían laboralmente, y en función de sus necesidades pedagógicas. En todos los semestres se incorporaron talleres, seminarios, actividades complementarias y se realizaron los reajustes curriculares respectivos para garantizar el logro de las competencias laborales.

La propuesta curricular inicial de la formación se organizó en disciplinas. Sin embargo, en el 2008 el MINEDU hizo una modificación curricular de las carreras técnicas: se pasó de una formación por disciplinas a una formación modular.¹¹ Por lo tanto, respetando las nuevas normativas, la réplica de Nauta se ajustó al modelo modular. El plan curricular contempló cursos tanto de la carrera de enfermería técnica como del conocimiento indígena, tal como se muestra, a manera de ejemplo, en el cuadro 2.

11. La primera propuesta, basada en disciplinas y objetivos, se cambió por una propuesta conformada por módulos y basada en competencias.

Cuadro 2. Plan curricular de Atalaya y Bagua

PLAN DE ESTUDIOS*		
Formación general	Formación en salud intercultural	Formación especializada en enfermería técnica intercultural
<ol style="list-style-type: none"> 1. Lengua y Comunicación Indígena 2. Lengua y Comunicación Castellana 3. Memoria de los Pueblos Indígenas de la Región 4. Economía Indígena Amazónica 5. Derechos Individuales y Colectivos indígenas 6. Educación Cívica y Defensa Nacional 7. Arte 8. Computación I, II, III, IV, V y VI 9. Matemática I y II 10. Análisis de la Realidad Peruana 11. Legislación y Ética Profesional Intercultural 12. Estudio de Comunidad 13. Bioestadística 14. Investigación Científica 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Epistemologías Indígenas I y II 2. Educación Productiva 3. Salud Indígena Amazónica 4. Tecnologías Indígenas en Salud I y II 5. Plantas Medicinales Amazónicas I, II, III, IV y V 6. Dietas y Purgas Amazónicas I y II 7. Sistema de Conocimientos Indígenas: Modelo de Investigación Práctica 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anatomía y Fisiología Humana 2. Biología 3. Microbiología 4. Terminología en Salud 5. Primeros Auxilios 6. Psicología Clínica 7. Inyectoterapia 8. Bioquímica 9. Patología I y II 10. Epidemiología y Enfermedades Transmisibles 11. Semiología 12. Crecimiento y Desarrollo Humano Intercultural 13. Enfermería Básica Intercultural I y II 14. Farmacología 15. Nutrición y Dietética Intercultural 16. Enfermería Médico- Quirúrgica 17. Enfermería en Ginecobstetricia Intercultural 18. Enfermería en Salud Pública Intercultural 19. Enfermería en Salud Bucal 20. Enfermería en Psiquiatría

* Para información más detallada sobre el plan de estudios, véanse los PEI diseñados para las experiencias de Atalaya, Bagua y Nauta, de AIDSESP. Fuente: Proyecto Educativo Institucional Bagua, AIDSESP. Elaboración propia.



Foto 9. Alumnos en Bagua. Archivo PSI.



Foto 10. Alumnos en Atalaya. Archivo AIDSESP.

Además del desarrollo del plan curricular de la carrera de enfermería técnica (3.060 horas en los tres años), se incluyeron 1.870 horas de conocimientos y tecnologías de salud indígena con acompañamiento de especialistas indígenas. Los conocimientos indígenas debieron constituirse en cursos a fin de darle formalidad curricular a su inserción. Al concluir sus estudios, los egresados recibieron una formación que incluyó una oferta educativa de 4.930 horas, divididas en los tres años de estudios. En el caso de la formación modular, la distribución de la carga horaria se presenta en el cuadro 3.

Cuadro 3. Distribución de horas por módulo según conocimientos impartidos

	Horas de la carrera de enfermería técnica	Horas de conocimientos indígenas
Primer módulo	765	952
Segundo módulo	918	884
Tercer módulo	952	833

Fuente: Itinerario curricular FORTENIA-FECONACO. Elaboración propia.

4.3. El aprender-haciendo como modelo pedagógico

Para alcanzar las competencias, los procesos de enseñanza-aprendizaje se centraron en una aproximación a las características del aprendizaje indígena; es decir, en la medida de las posibilidades y considerando que la formación era parte de un proceso de escolarización, se intentó respetar los estilos de aprendizajes indígenas y los métodos de transmisión de ambos conocimientos. Respetar los estilos de aprendizaje implicó que estos procesos se basaran en el aprender-haciendo, pues cada estudiante indígena adquiere los conocimientos de su entorno, en la práctica, antes que en la teoría; aprehende la realidad mediante la experimentación. El fundamento de esta estrategia fue la definición de la didáctica como una práctica reflexiva, lo que llevó a que, dentro de la propuesta de formación, la práctica predominara sobre la teoría.



Fotos 11 y 12. Clases de los estudiantes en el ISTEP de Nauta. Archivo FORTENIA.

Considerando estos aspectos, se intentó una mediación, un tránsito de la forma de aprendizaje indígena al modelo occidental analítico de aprendizaje. Para lograr este objetivo, la propuesta de formación tuvo en cuenta las estrategias que se detallan a continuación.

a) El propedéutico

Al inicio de los PFETSIA, el equipo técnico administró una prueba diagnóstica sobre las capacidades instrumentales obtenidas en la educación básica regular, para diseñar un fortalecimiento personalizado. A partir de esto, en forma general, se incorporaron en el plan de estudios los cursos de comunicación, matemática y computación, y su dictado se extendió a los seis semestres. El propedéutico tuvo como finalidad superar las carencias educativas originadas en la deficiente formación recibida en la educación básica rural. Además de estos cursos transversales se ofrecieron talleres de redacción y comprensión de lectura, y quienes tenían mayores dificultades recibieron apoyo personalizado.

b) La tutoría

La tutoría estuvo a cargo de profesionales encargados de acompañar a cada estudiante, apoyar sus actividades académicas y reforzar aquellas áreas en las que tuviera mayores dificultades. Además, como algunos nunca antes habían salido de sus comunidades, se estableció un acompañamiento más personalizado, para apoyar sus dinámicas de relacionamiento con la ciudad. Se asignaron tutores indígenas por cada pueblo y se empleó una ficha de seguimiento personal (cuadro 4).

Cuadro 4. Ficha de seguimiento

REGISTRO ANECDÓTICO
Alumno:
Fecha:
Duración de la observación:
Observación:
Observador:

Fuente: Informe semestral. Tutoría del Proyecto de Bagua, AIDSESEP

c) Talleres de capacitación para docentes

Al inicio y al final de cada semestre, la dirección del proyecto de formación de AIDSESEP, en coordinación con el asesor pedagógico de cada PSI, diseñó talleres para fortalecer la capacidad de enseñanza superior de las y los docentes, así como su dominio del enfoque intercultural, de la enseñanza con indígenas y de la salud intercultural. Igualmente, los talleres buscaron reforzar la capacidad de evaluar a cada estudiante en función de sus capacidades y de su perfil de salida, según el nivel en el que se encontrara. Se organizaron 12 talleres de tres días.



Fotos 13. Talleres con profesores de Bagua. Archivo PSI.



Foto 14. Trabajo pedagógico con docentes de Nauta.
Foto: María Isolina Valdez.

d) Acompañamiento pedagógico a docentes

Un especialista en educación intercultural tuvo a su cargo el monitoreo y la supervisión de las clases, y trabajó de forma personalizada para que las sesiones de aprendizaje se plantearan en función de las competencias. Asimismo, para que se respetaran los estilos de aprendizaje y las necesidades pedagógicas de cada docente. Se aplicó, además, una ficha personal de supervisión y monitoreo (cuadro 5).

Cuadro 5. Ficha de supervisión y monitoreo de las sesiones de enseñanza

MOMENTO	CRITERIOS	INDICADOR	
		SI	NO
Planificación de la actividad docente	1. Presenta su sílabo a tiempo.		
	2. Su sílabo está correctamente elaborado.		
	3. Las unidades de aprendizaje están bien definidas.		
	4. Conoce bien la unidad o unidades que debe trabajar en el mes.		
	5. Su programación incluye actividades bien definidas.		
Implementación de la actividad docente	1. Entrega la selección de lecturas o separatas que va a trabajar con los estudiantes.		
	2. Prepara las transparencias, papelotes u otros que necesita.		
	3. Entrega a la Dirección sus requerimientos de materiales didácticos para el curso.		
	4. Prevé los materiales para las actividades.		
Ejecución de la actividad docente	1. Presenta la programación de clase.		
	2. Propicia un clima de clase armónico (relajado y sin tensiones).		
	3. Explica la finalidad de la actividad a desarrollar.		
	4. Recoge saberes previos. Toma en cuenta las ideas, opiniones e iniciativas.		
	5. Plantea conflictos cognitivos que generan análisis y reflexión.		
	6. Relaciona los saberes con la realidad.		
	7. Propone situaciones para que se demuestre la utilidad del nuevo aprendizaje.		
	8. Motiva la participación de todas(os) las(os) alumnas(os); solicita la intervención de los que no lo han hecho.		
	9. Utiliza estrategias de trabajo pertinentes y creativas.		
	10. Estimula momentos de reflexión y concentración.		
	11. Ordena la explicación de la clase usando adecuadamente la pizarra, fotocopias o papelógrafos.		
	12. Estimula la participación de las(os) alumnas (os) durante la clase, escucha a todos, propicia y organiza las intervenciones.		
	13. Muestra y promueve normas de educación entre los alumnos (saludo, por favor, gracias, etcétera).		
	14. Concluye los temas adecuadamente.		
	15. Sintetiza los nuevos aprendizajes con la intervención de las(os) alumnas(os).		
	16. Aplica el instrumento adecuado para verificar si los aprendizajes se han logrado.		

MOMENTO	CRITERIOS	CRITERIOS	
		SI	NO
Evaluación de los aprendizajes	1. La tarea refuerza o complementa la explicación de la clase.		
	2. Usa comentarios o símbolos estimulantes y con lenguaje positivo		
	3. Utiliza instrumentos que le permiten medir el nivel de aprendizaje.		

Fuente: AIDSESEP 2006.

Parte del aprender-haciendo implicó que se establecieran prácticas para los cursos del área de salud. Con este objetivo, se firmaron convenios para que los establecimientos de salud próximos a los institutos se convirtieran en centros docentes. Las y los estudiantes —que acudían a los establecimientos supervisados por un docente encargado—, debían rotar por todos los servicios y desarrollar actividades en función de su nivel de formación; por ejemplo, durante el primer año, apoyo en los servicios de administración, triaje, farmacia, consultorio y emergencia.



Foto 15. Estudiante haciendo prácticas en el Centro de Salud Nauta. Archivo FORTENIA.

Finalmente, parte del aprender-haciendo comprendió prácticas indígenas de educación —como toma de vomitivos y ayahuasca— como parte del ciclo formativo desde la visión indígena. En el mismo sentido, cada proyecto tuvo un huerto de plantas medicinales, lugar de experimentación y transmisión de conocimientos sobre salud, además de espacio de socialización entre dirigentes y estudiantes.

e) Sistema de evaluación

La evaluación se trabajó en tres momentos: evaluación diagnóstica, evaluación de proceso (formativo) y evaluación de resultados (sumativa). Si bien el subsistema de medición de los aprendizajes se concibió como cualitativo, expresado en letras —A, 100% de la competencias; B, más del 50% de la competencia; C, menos del 50% de la competencia; y D, inicios de alcanzar la competencia—, en la práctica las y los docentes siguieron utilizando la evaluación vigesimal tradicional, de conformidad con las normas establecidas en los institutos.

Individualmente, cada docente incluyó en su programación un desagregado de competencias alcanzadas en las capacidades, para lo cual se establecieron criterios, indicadores e instrumentos de evaluación.¹² A su vez, mensualmente cada docente presentaba un informe de actividades por estudiante, para que el equipo técnico pudiera hacer el seguimiento individual respectivo.

12. Dependiendo de las capacidades a evaluar —cognitivas, procedimentales o actitudinales—, se utilizaron instrumentos tales como pruebas escritas, pruebas orales, listas de cotejo o fichas de observación.

Aparte de la evaluación académica, las y los dirigentes indígenas se reunían una vez por semestre para evaluar si sus estudiantes habían tenido un comportamiento acorde con los compromisos asumidos respecto a sus estudios, el reglamento interno del programa y el desarrollo de la identidad indígena. Una vez que la dirigencia recibía los informes, se establecían mecanismos y acciones para corregir los comportamientos considerados como poco aceptables. Esto ocurría cuando dirigentes, docentes y equipo técnico de AIDSESP coincidían en que la actitud hacia el estudio no estaba siendo la más adecuada. Además del respectivo «aconsejamiento», se necesitaba reforzar sus cuerpos, dejarlos más limpios para que el aprendizaje fuese más efectivo, lo que implicó medidas como la toma de vomitivos como el huancabisacha, el wayús o la ayahuasca.¹³



Foto 16. Reunión con dirigentes de ORPIAN-P. Archivo PSI.

En el cuadro 6 se presenta un instrumento de evaluación de procesos utilizado por el equipo docente.

Cuadro 6. Lista de cotejo de evaluación de historia clínica

CRITERIO	INDICADORES	PUNTOS	OBSERVACIÓN
Elabora correctamente una historia clínica	1. Diferencia las partes de la historia clínica.		
	2. Consigna los datos personales del paciente en la sección de filiación.		
	3. Anota las molestias referidas por el paciente, que lo hacen acudir al hospital.		
	4. Realiza las preguntas relacionadas a la anamnesis.		
	5. Ordena los datos obtenidos en la anamnesis.		
	6. Profundiza los datos obtenidos en la anamnesis.		
	7. Consigna el relato cronológico de la enfermedad, empleando terminología adecuada.		
	8. Recopila antecedentes del paciente que puedan servir en el diagnóstico de su enfermedad actual.		
	9. Indaga sobre el estado de las siguientes funciones vitales: sed, apetito, orina y deposiciones.		



13. Más adelante se verá que la ayahuasca no solamente se utilizó para mejorar el aprendizaje personal, sino también con el fin de mejorar los conocimientos indígenas de los y las estudiantes.

CRITERIO	INDICADORES	PUNTOS	OBSERVACIÓN
Elabora correctamente una historia clínica	10. Registra los valores obtenidos en la toma de funciones vitales (FR, FC, P, T y PA) [frecuencia respiratoria, frecuencia cardiaca, presión, temperatura y presión arterial].		
	11. Interpreta los valores obtenidos en las funciones vitales.		
	12. Consigna los datos obtenidos en la evaluación física por regiones.		
	13. Usa como instrumentos de evaluación del paciente la palpación, la percusión y la auscultación.		
	14. Evalúa la zona del problema específico.		
	15. Consigna los exámenes auxiliares solicitados.		
	16. Consigna el diagnóstico concluido y el diagnóstico diferencial.		
	17. Consigna diariamente la evaluación y evolución del paciente.		
	18. Realiza la epicrisis.		

f) Las prácticas preprofesionales

Durante las vacaciones, al término de cada año de formación, las y los estudiantes retornaban a sus comunidades de origen, o a otras comunidades de su mismo pueblo, para sus prácticas preprofesionales. La carrera de enfermería estipula como requisito que: a) las prácticas iniciales tengan una duración de 36 horas; b) las prácticas intermedias, 96 horas; y c) las prácticas finales, 180 horas. Sin embargo, AIDSESP consideró que con este número no alcanzarían a poner en práctica todas las capacidades por cada nivel, y por esta razón lo incrementó: las prácticas intermedias, por ejemplo, pasaron a ser de 180 horas; y las finales, de 504 horas.

Para hacer las prácticas se firmaron convenios con las redes de salud. Los responsables de los establecimientos asumieron la responsabilidad de ser los jefes de prácticas. Además, el equipo técnico del PSI supervisaba y monitoreaba a cada estudiante, para comprobar que estuviera cumpliendo con las actividades asignadas.



Fotos 17 y 18. Estudiantes del ISTP de Bagua durante sus prácticas. Archivo AIDSESP.



Foto 19. Estudiante del ISTP de Nauta durante sus prácticas.
Archivo FORTENIA.

La evaluación se hizo sobre la base de una ficha que cada estudiante llevaba al campo. El desempeño lo evaluaban el responsable del establecimiento y las autoridades de la comunidad. En el cuadro 7 se muestran los principales aspectos de cada ficha.

Cuadro 7. Ficha de evaluación de prácticas preprofesionales finales

N.º	INDICADORES	PUNTAJE			
		1	2	3	4
	ACTIVIDADES ASISTENCIALES				
1	Aplicó el lavado de manos durante la realización de todos los procedimientos.				
2	Realizó la adecuación de las instalaciones del establecimiento de salud para la desinfección del material reutilizable.				
3	Realizó el lavado de materiales después de cada procedimiento				
4	Adecuó, con los recursos que tiene a su alcance, el área de triaje, para tomar correctamente los signos vitales.				
5	Realizó la toma de funciones vitales de 400 pacientes adultos durante el periodo de práctica.				
6	Realizó la toma de signos vitales en 200 niños.				
7	Realizó la toma de signos vitales en 30 gestantes.				
8	Captó a 08 gestantes.				
9	Apoyó en la organización del botiquín del establecimiento aplicando el criterio de orden alfabético y principios activos.				
10	Participó en 02 atenciones integrales de salud del establecimiento en las competencias designadas.				
11	Participó de 01 campaña de vacunación.				
12	Realizó seguimiento de 10 pacientes con tratamiento ambulatorio.				
13	Realizó 20 curaciones de heridas.				
14	Realizó 08 suturas simples de heridas.				
15	Participó en la atención de 02 partos.				
16	Ejecutó la atención inmediata de 03 recién nacidos.				
17	Evalú físicamente a 50 pacientes (como mínimo).				
18	Aplicó tratamiento vía parenteral: - 10 inyecciones intramusculares. - 05 inyecciones endovenosas. - 05 venoclisis.				
19	Registró y llenó el carné de CRED [crecimiento y desarrollo] de 100 niños.				



20	Explicó a la madre, durante el control del CRED, la situación nutricional de su niño/a.				
21	Aplicó 50 vacunas (como mínimo) a niños/as menores de 05 años, según el calendario de vacunación vigente.				
22	Desarrolló 02 actividades educativas dirigidas a los agentes comunitarios, para fortalecer competencias relacionadas con la salud preventiva en: - La automedicación. - Identificación de emergencias.				
23	Diseñó y ejecutó 01 sesión educativa sobre nutrición dirigida a: - Madres de familia de niños menores de 05 años, sobre buena alimentación.				
24	Organizó una campaña de recolección de desechos e inservibles de forma conjunta con la comunidad.				
25	Diseñó y ejecutó 01 sesión educativa sobre salud bucal.				
ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS					
26	Organizó el servicio de admisión: historia clínica y contratos de afiliación (AUS).				
27	Registró y llenó 30 historias clínicas como mínimo.				
28	Registró y llenó correctamente los formatos (AUS), de acuerdo a los planes de atención.				
29	Apoyó en la realización de los informes mensuales del mes de enero y febrero.				
30	Realizó el llenado del VEA [formato de vigilancia epidemiológica activa].				
31	Apoyó a llenar el registro de beneficiados del PRONAA y el PIN [Programa Nacional de Asistencia Alimentaria y Programa Integral de Nutrición].				
ACTIVIDADES DE IMPLEMENTACIÓN DE LA PERTINENCIA INTERCULTURAL EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD					
32	Elaboró material educativo adecuado para el desarrollo de su actividad extramural (charla), con los materiales de la comunidad.				
33	Elaboró la adecuación cultural en el establecimiento de salud respecto a: - Señalización en lengua materna (letreros de bienvenida, nombre de programas, flujograma, precio de atención). - Iconografía para servicios higiénicos (basura, lavarse las manos, prohibido el ingreso de niños, prohibido comer). - Rotafolios educativos en lengua materna.				
34	Tradujo al personal asistencial el cuadro clínico del paciente en caso de que este no hablara castellano.				
35	Implementó un huerto de plantas medicinales cerca del establecimiento de salud.				
36	Realizó sus atenciones y explicaciones de los procedimientos en la lengua materna de las y los pacientes.				
37	Conversó con los y las pacientes para conocer sus sugerencias para mejorar la atención en los servicios de salud.				
38	Identificó a los agentes de medicina tradicional en un cuadro.				
39	Promovió una reunión entre los prestadores de salud y los agentes de medicina tradicional.				
40	Promovió la adecuación cultural de la sala de parto y la realización del control prenatal.				

Fuente: Informe, Asesoría Académica de AIDSESEP, 2011.

4.4. Formación del equipo de formadores

La mayoría de docentes que implementaron la propuesta educativa de AIDSESEP no tenían experiencia ni en interculturalidad ni con jóvenes indígenas. Por esta razón, además de brindarles acompañamiento pedagógico, AIDSESEP decidió crear y financiar el diplomado de posgrado de Formación de Formadores en Salud Intercultural, en convenio con la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM), para capacitarlos en temas relacionados con la realidad sociocultural de la Amazonía, la interculturalidad y la medicina indígena.

El diplomado duró un año, aproximadamente, y fue semipresencial. Dependiendo de la programación, las y los docentes becarios asistían un fin de semana y luego realizaban las actividades que los capacitadores

les asignaban, así como las propuestas en la plataforma. El cuerpo docente provino del área de Sociales de la Universidad de San Marcos, del centro Takiwasi y del Centro Nacional de Salud Intercultural (CENSI). Asimismo, les enseñaron especialistas indígenas.

4.5. El tratamiento de las medicinas indígenas como parte de la propuesta de formación

Dentro del programa, las medicinas indígenas tuvieron el mismo valor cognoscitivo que la medicina occidental. Su incorporación no fue instrumental, es decir, no se subordinó al enfoque biomédico. Este reconocimiento de igualdad de los conocimientos se reflejó en la contratación de sabios indígenas como docentes, con el mismo sueldo que los otros. Si bien una de las dificultades para la contratación de sabios indígenas es que no poseen un título profesional, esto no se consideró un requisito pues queda claro que sus conocimientos responden a formas de validación no occidentales.



Foto 20. Maestra vaporadora dando clases en Atalaya. Archivo PSI.

En cada experiencia de formación, un paso central fue conocer las características de los sistemas médicos indígenas y no imponer ni masificar prácticas. En la réplica de Nauta, por ejemplo, se organizó un encuentro de sabios indígenas para decidir qué aspectos de la medicina achuar se debían enseñar, quiénes serían los o las docentes, y cómo debían enseñar. En Bagua también se hizo un inventario primario de especialistas de medicinas indígenas, para conocer las principales prácticas de sus especialistas. Estas actividades tuvieron como finalidad aproximar a cada joven a los conocimientos médicos de sus pueblos, siempre considerando que no se están formando como curanderos. La idea central es que conozcan tecnologías sanitarias indígenas que no requieren especialización, pero que les permitirán atender enfermedades propias de los sistemas médicos indígenas, como el mal aire, susto, cutipa, o males como diarrea, tos, gripe.



Foto 21. Estudiantes del ISTEP de Atalaya. Archivo PSI.



Foto 22. Estudiantes del ISTEP de Nauta. Archivo FORTENIA.

En el proyecto de formación, el trabajo con las medicinas indígenas se basa en la evidencia de que cada pueblo tiene sus propios sistemas de conocimientos y desarrollos espirituales —que se transmiten de maestro a discípulo en forma individual y con sus respectivas reglas y ritos (Hvalkof 2003)—, así como sus propios recursos humanos. Estos últimos se encargan de atender a la persona afectada cuando la enfermedad no se puede resolver en el ámbito familiar y se hace necesario conocer las causas que la originaron, para restablecer el equilibrio de dicha persona. Los especialistas o sabios indígenas —dependiendo de su autodenominación o de la denominación que reciben en sus pueblos— son personas que, en el caso de los curanderos, chamanes o médicos indígenas, han logrado adquirir amplios conocimientos que les permiten trasladarse por los diferentes planos de la realidad y establecer relaciones con una diversidad de seres, sean estos humanos o no. Además, existen especialistas que han adquirido conocimientos sobre alguna tecnología específica de salud y que, dependiendo del trabajo que realizan, son conocidos o identificados como curanderos, parteras, sobadores, hueseros, vaporadoras o vegetalistas.



Fotos: 23 y 24. Enseñanza de medicina indígena en Bagua. Archivo AIDSESEP.

Todas estas diversas formas de percibir el proceso de salud-enfermedad-curación, así como los conocimientos y las tecnologías sanitarias que cada uno de estos pueblos desarrolla, se transmiten por pares y corresponden a enseñanzas familiares basadas en la observación y la experimentación. Algunas de estas enseñanzas son secretas y pertenecen solo al grupo familiar; estas se transmiten de padres o madres, abuelos o abuelas, a sus hijos o hijas, nietos o nietas. Sin embargo, los profesores indígenas consiguieron adaptar y tornar en colectivos estos procesos de formación individual, en parte porque las sesiones de enseñanza-aprendizaje de los conocimientos indígenas se centraron en los huertos de plantas medicinales y en la participación en sesiones de ayahuasca, espacios que permitieron a cada estudiante elaborar o consumir preparados de plantas medicinales como una de las principales formas de sensibilizarse y de aproximarse a los conocimientos y tecnologías de salud indígenas.

Los profesores indígenas utilizaron la participación de sus estudiantes en sesiones de ayahuasca como una estrategia del proceso de enseñanza-aprendizaje, estrategia que garantizó la transmisión y adquisición de conocimientos. Desde la perspectiva indígena, ingerir plantas maestras —como la ayahuasca— permite adquirir conocimientos; así por ejemplo, mediante su consumo, los awajún, wampis y achuar van en busca

de su ajútap/arutam —espíritu que da fuerza, normalmente el alma de un viejo guerrero o de algún animal poderoso— que, al ser encontrado, permitirá que la persona adquiera sus poderes.

De este modo, en cada una de las sesiones —a las cuales debían asistir, pero sin estar obligados a tomar ayahuasca hasta que lo decidieran por sí mismos—, los profesores encargados de los cursos de dietas y purgas les iban enseñando a conocer algunas plantas de manera más profunda, según las capacidades individuales. Como manifiesta Clever Rengifo (2015), «en las sesiones el maestro nos colocaba plantas bien bonitas en nuestra cabeza que debíamos cuidar evitando comer ají o chancho para que no vuelen, también a veces nos llamaba cuando tenía un paciente en el centro para que junto con él lo viéramos. Una vez me llamó y me dijo toca aquí, ¿que sientes? es como un reloj, eso se llama pulsario y ella tiene esto por susto, ahora voy a cantar este ícaro no recuerdo a la madre de qué planta llamó para curarla».

Estos conocimientos trascienden el plano material, y la toma de ayahuasca permite que las personas que tienen visión, que pueden ver, accedan a estos espacios del mundo indígena habitado por las madres, los espíritus y seres de bosque, poseedores de conocimientos relacionados con la salud de las personas. Como lo explica uno de los egresados de Atalaya en su trabajo monográfico:

Nosotros creemos que todo tiene vida, cumple un rol en el universo y por lo mismo merece respeto, como existe un mundo visible que habitamos nosotros, existe un mundo invisible que es habitado por los espíritus de las plantas y animales, considerados en nuestra cultura que tienen la capacidad de pensar, sentir y actuar, transmiten sus conocimientos a través de las visiones provocadas por plantas maestras como el ayahuasca, el toé, el jugo del tabaco en todas las personas que las ingieren. Pero solo los especialistas tras una rigurosa preparación pueden transitar a este mundo sagrado y obtener de sus habitantes, sus conocimientos y poderes, que les permiten sanar a los enfermos (Ferrari 2008).

Por otro lado, dentro del proceso salud-enfermedad-curación el ayahuasca permite diagnosticar la enfermedad y diferenciar si es ocasionada por factores biológicos o por “maldad”, como explica el maestro Fermín Murayari (2011):

[...] cuando una persona está con una enfermedad y toma ayahuasca, la parte afectada se recalienta y el paciente se empieza a quejar, y es más fácil trabajar porque de frente voy a esta parte, la veo, luego la icaro o chupo [succiono] hasta que la molestia pase, si la molestia sigue y luego la persona se queja de dolor en otro parte es que es maldad, porque el daño camina por el cuerpo para que no pueda chuparlo.

Estas estrategias permiten que cada estudiante se aproxime y aprenda cómo los médicos indígenas diagnostican y diferencian las enfermedades, para que tengan el mayor cuidado y se refuerce la idea de que, si bien no se convertirán en médicos indígenas, chamanes o curanderos, pues esta formación requiere muchos años de preparación, sí deben conocer su labor para respetarla y trabajar de forma coordinada con aquellos especialistas que, con ayuda de la comunidad, van a identificar al momento de su inserción laboral.

4.6. La participación de las organizaciones indígenas en la gestión de los PFETSIA

Durante el proceso de formación, las organizaciones de base de AIDSESEP, así como las y los dirigentes nacionales, asumieron un importante papel. Se encargaron de recomendar y seleccionar al personal indígena que trabajó en el proyecto, así como de definir los aspectos a resaltar en la formación y de darles seguimiento a las y los becarios pertenecientes a su federación. Además, al culminar cada semestre, los representantes recibían un informe sobre cada estudiante —nivel académico y comportamiento—, analizaban juntos la información y tomaban medidas frente a los resultados, ya fuese felicitarlo, conversarle o emitir alguna sanción.

En cada experiencia de formación se conformó un Consejo Asesor Indígena (CAI), integrado por los presidentes de las organizaciones de base. Su función fue supervisar el proyecto, opinar sobre las actividades desarrolladas y acompañar las gestiones frente a las instancias del Ministerio de Educación. El CAI se reunía dos veces por año y, en caso de emergencia, de forma extraordinaria.



Foto 25: Presidente de AIDSESP 2005-2014. Archivo AIDSESP.



Foto 26: Dirigentes achuar de FECONACO en reunión con autoridades. Foto: Rosa Valera.



Foto 27: Dirigente nacional de AIDSESP en presentación de Estudio del IEP. Amazonas. Archivo: IEP



Foto 28: Dirigente nacional de AIDSESP da bienvenida a participantes del I Encuentro de Egresados de los PFETSIA de AIDSESP. Lima. Archivo: IEP.

Todos los elementos descritos permiten tener una aproximación a la propuesta educativa de los PFETSIA. Además de reconocer estas características, consideramos relevante dar a conocer los logros, dificultades y desafíos de la propuesta de formación de AIDSESP, tanto en el ámbito político y educativo como en el campo de la salud. Presentamos a continuación algunas reflexiones en este sentido.

Logros de los PFETSIA



Foto 29. Enfermera técnica awajún del ISTEP de Bagua. Foto: Cynthia Cárdenas.

El trabajo de los enfermeros técnicos en salud intercultural amazónica contribuye a mejorar la calidad de la atención brindada a la población indígena, como producto de su formación en salud intercultural. Así lo evidencia un estudio del Instituto de Estudios Peruanos (IEP) sobre el aporte de los egresados del PFETSIA de Amazonas, que muestra, por ejemplo, que a partir de la contratación de un enfermero técnico en salud intercultural amazónica en el establecimiento de salud de una comunidad wampis, la cobertura en el área materna se incrementó «de un 65,0% en el año 2012 a un 105,0% en el 2013 y a un 80,0% en el 2014» (Chávez *et ál.* 2015: 5). A su vez, la investigación sobre el proyecto piloto de Atalaya realizada por Pesantes revela que las comunidades «están recibiendo un mejor servicio al tener trabajadores del sector salud que no discriminan contra los pueblos indígenas y sus prácticas culturales» (2014: 2).

Parte de la contribución de la formación en salud intercultural resaltado por ambos estudios se sustenta en dos cualidades: a) la adaptabilidad del enfoque intercultural a la realidad en la que se aplica, y b) el trabajo articulado con los especialistas de la medicina indígena y las autoridades comunales. Implementar un enfoque intercultural en los servicios de salud pasa, pues, no solo por el respeto a las prácticas sanitarias, sino también por entender que existen enfermedades que no forman parte del ámbito biomédico, y que es necesario trabajar con los especialistas indígenas para brindar atenciones integrales.

En cuanto a la aplicación de la salud intercultural en los establecimientos por parte de los enfermeros técnicos en salud intercultural amazónica, ambos estudios destacan el respeto a los usuarios, la oferta de atención en la lengua materna de los usuarios y el buen trato. Además, resaltan que se ofrezca una explicación detallada de las enfermedades, procedimientos y tratamientos basados en ambos sistemas médicos, y el

trabajo coordinado con especialistas de la medicina indígena. Esto último, como lo demuestran el estudio de Pesantes (2014) y el de Chávez *et ál.* (2015), es más factible en establecimientos de salud donde el enfermero técnico en salud intercultural amazónica es el único personal a cargo.

Un aspecto a resaltar es que la implementación de la salud intercultural no solo se sustenta en que los enfermeros sean indígenas (Chávez *et ál.* 2015); es necesario que la formación se imparta desde una perspectiva intercultural, para garantizar que el modelo de atención responda a la diversidad cultural del país, mejorando así la calidad de la atención que reciben los pueblos indígenas.

Algunos de los logros más resaltantes de los PFETSIA son los que se detallan a continuación.

5.1. En el ámbito de la propuesta política

a) Contribuir a mejorar la calidad de la atención en salud para las comunidades indígenas

La incorporación de enfermeros técnicos en salud intercultural amazónica al sistema estatal ha permitido incrementar no solo la cobertura de los establecimientos de salud en los cuales laboran, como lo indican Pesantes (2014) y Chávez *et ál.* (2015). También hay una mejora de calidad gracias al uso de la lengua materna durante la atención, el buen trato, el establecimiento de relaciones de confianza entre el personal y la población, el trabajo articulado con especialistas indígenas y autoridades, y el visto bueno al uso de plantas y terapias indígenas, entre otras prácticas. Queda demostrada, así, la pertinencia de una formación en salud intercultural que no percibe los conocimientos y las prácticas sanitarias indígenas como instrumentales al sistema biomédico, sino como diálogos entre sistemas de salud valorados en el mismo nivel. Partiendo de esta situación de igualdad se producen sinergias para brindar una atención de calidad, respetuosa de las cosmovisiones y los derechos de los pueblos indígenas.

b) Revalorar y fortalecer los sistemas médicos indígenas

Si bien los PFETSIA no tienen como finalidad formar especialistas indígenas propiamente dichos, la oportunidad de interactuar con estos y aprehender sus conocimientos y tecnologías permitió que las y los estudiantes se interesaran por la conservación, transmisión, uso y reproducción de las medicinas indígenas. Esto les permitió aplicar esos conocimientos en sus atenciones, y ser intermediarios para que el personal de salud respete su uso de parte de usuarios y usuarias indígenas, comprendiendo que tienen una noción diferente del proceso salud-enfermedad, delimitada por la fuerte relación que establecen con su territorio y con el medio que los rodea.

5.2. En el ámbito de la propuesta pedagógica

a) Desarrollo de una propuesta indígena de formación en salud intercultural

Partiendo de su visión de interculturalidad, AIDSESEP consiguió desarrollar una propuesta de formación en salud intercultural propia y única, que permite la sinergia ente la medicina occidental y las medicinas indígenas, estableciendo así una relación colaborativa entre ambos sistemas de conocimientos.

AIDSESEP diseñó un currículo intercultural que incorpora (teje) los conocimientos y las tecnologías indígenas de salud al currículo estándar de la carrera nacional. Como consecuencia, las y los jóvenes indígenas que participaron en los PFETSIA estudiaron casi el doble de créditos que otros enfermeros técnicos.

b) Creación de un perfil del profesional técnico en salud intercultural amazónica

Este nuevo profesional-técnico está concebido desde una visión indígena amazónica de la salud, pero no ajena a la modernización ni rechazando la medicina occidental, sino incorporándola a las tecnologías indígenas de salud de manera creativa y en función de las necesidades de las poblaciones alejadas de las ciudades de la Amazonía. El profesional técnico en salud intercultural amazónica es un recurso humano que se desempeña en las comunidades indígenas de la Amazonía.

c) Consolidación de un proceso de formación intercultural

AIDSESEP ha logrado identificar y armonizar dos enfoques pedagógicos en la formación educativa. La formación de los enfermeros técnicos en salud intercultural no solamente es intercultural por los conocimientos que se imparten, sino también por la forma en que ambos estilos pedagógicos (la biomedicina y la medicina indígena) han sido integrados para garantizar el aprendizaje. Asimismo, la formación se sustenta en el reconocimiento de que hay personas que no adquirieron sus conocimientos en contextos educativos formales, pero que en el proceso de formación intercultural contribuyen en la misma medida que docentes con grados académicos obtenidos en instituciones educativas formales.

5.3. En el ámbito de la implementación de la salud intercultural

a) Implementación práctica concreta de la interculturalidad

Cada egresado de los PFETSIA ha encontrado sus propias estrategias —según el contexto local, la estructura del servicio y las características de la comunidad— para ofrecer una atención en salud intercultural e incorporarla en la prestación de los servicios, ya sea de manera formal o invisibilizada, según las oportunidades que le ofrece el establecimiento donde labora. Estas estrategias incluyen —pero no se limitan a— la atención en lengua materna, el uso de tecnologías indígenas al interior del establecimiento de salud, la consideración de las concepciones sobre salud-enfermedad de la población y sus prácticas sanitarias, la promoción y la aceptación del uso de plantas medicinales entre usuarias y usuarios para tratar males menores, y el trabajo coordinado con las autoridades y especialistas indígenas.

b) Trabajo coordinado entre egresados y especialistas indígenas en salud

Una de las principales características del desempeño de los egresados es el trabajo coordinado con los especialistas de la medicina indígena, que no pasa solo por reconocer su existencia sino también por permitir a los pacientes el uso de la medicina indígena. Estos profesionales reconocen que los especialistas indígenas pueden atender ciertas enfermedades y no cuestionan su trabajo; por el contrario, establecen mecanismos de cooperación y articulación. Se consultan, por ejemplo, los medicamentos que ambos administran, para evitar efectos colaterales, y se derivan los pacientes en los casos en que el enfermero técnico en salud intercultural amazónica es el responsable del establecimiento de salud.

Dificultades y desafíos futuros

6.1. Falta de reconocimiento institucional de los sectores salud y educación

a) Bagua y Nauta: falta de reconocimiento del MINEDU de la formación de los egresados

A pesar de que en el 2008 una promoción de veinte jóvenes indígenas recibió el título profesional de Técnico en Enfermería Intercultural Amazónica, el MINEDU ha rechazado en múltiples oportunidades solicitudes de la Dirección Regional de Educación de Amazonas y de la de Loreto, acompañadas de los expedientes técnicos correspondientes, para otorgar el mismo título a los egresados de los PFETSIA de Bagua (2009-2012) y Nauta (2010-2013).

Convencer a las autoridades del MINEDU de la validez y viabilidad de una propuesta intercultural ha sido complicado en todos los niveles, principalmente por lo largo del proceso de reconocimiento y certificación. Esto implicó que algunos funcionarios de los ámbitos local, regional y nacional no se involucraran y apropiaran de la propuesta; no la acompañaron desde su inicio y prefirieron que AIDSESEP, de manera independiente, a pesar de los convenios, se hiciera cargo de los trámites de registro y reconocimiento de su propuesta.

Las resistencias del MINEDU provienen de tener que reconocer que una propuesta pedagógica intercultural implica cambiar la forma de concebir las carreras tecnológicas en el país. La actual concepción niega a las regiones la posibilidad de plantear propuestas de formación técnico-profesional que difieren de los esquemas tradicionales, y que reconocen y colocan los conocimientos indígenas —y a sus especialistas— al mismo nivel que el conocimiento académico. Este reconocimiento es un proceso complejo para una institución como el MINEDU; sin embargo, en el 2015, bajo la figura de silencio administrativo, se aprobó la creación de la carrera, que ya puede ser ofrecida por los institutos.

b) El marco institucional del MINSA dificulta que los egresados de los proyectos de formación de AIDSESEP brinden atención con un enfoque intercultural

La aplicación de actividades interculturales en los servicios médicos no está teniendo el impacto deseado en aquellos establecimientos donde los enfermeros técnicos trabajan con personal de salud que no comparte o desconoce el enfoque intercultural. Por lo general, los técnicos en enfermería tienen poco poder en la

toma de decisiones en la gestión y administración. Los aportes que los egresados vienen desplegando en el campo son muchas veces invisibles —e invisibilizados—, pues el personal de salud, al no estar formado en interculturalidad, no comprende las actividades propuestas por estos profesionales.

El MINSA espera que los enfermeros técnicos interculturales sigan protocolos y normas del sector que muchas veces no se adecúan al contexto donde ofrecen sus servicios. No obstante, a veces, la carencia de medicamentos, la falta de infraestructura o las características de una enfermedad requieren que los enfermeros técnicos en salud intercultural amazónica se aparten de los estándares convencionales para curar a un paciente, y usen medicina indígena. Cuando esto ocurre, tienden a ocultarlo o no reportarlo, lo que pone en evidencia que el uso de un enfoque intercultural no cuenta con respaldo institucional (Pesantes 2014).

c) Dificultades para garantizar la permanencia de los enfermeros técnicos en salud intercultural amazónica en los establecimientos de salud

Los egresados formados en salud intercultural no solo tienen dificultades para insertarse en el sistema laboral formal del MINSA debido a la alta rotación del personal y la poca estabilidad de permanencia en un solo establecimiento (Chávez *et ál.* 2015). Un aspecto neurálgico que dificulta las acciones interculturales es que el modelo estatal de atención no ha establecido criterios que permitan su incorporación, a pesar de la normativa del sector que la «regula», pero siempre bajo una mirada asistencialista/biomédica/monocultural.

6.2. Falta de implementación de la salud intercultural en el sistema oficial de salud

El MINSA asume la interculturalidad como un enfoque transversal en la atención. Si bien desde el 2005 hay esfuerzos por aplicar la interculturalidad en las prestaciones, esto aún es insuficiente. Con la aprobación de la Política Sectorial de Salud Intercultural (2 de abril de 2016) y la creación de la Dirección de Salud de Pueblos Indígenas se han producido algunos avances; sin embargo, todavía no se ha podido empezar a aplicar como política.

Por otro lado, si bien en los ámbitos nacional, regional, provincial y distrital del MINSA se valora que los técnicos en enfermería en salud intercultural utilicen la salud intercultural en su atención, este reconocimiento no es formal. Esto ocurre a pesar de que su formación contribuye a mejorar la atención, así como a cumplir con las metas y coberturas de los diferentes programas.

Si bien en Atalaya (2008) y Bagua¹⁴ se han emitido ordenanzas regionales que disponen que en los procesos de contratación del personal de salud que trabaje en zona indígena se consideren como criterios el dominio de la lengua materna de la población y la formación en salud intercultural, falta que entre las metas y coberturas se consideren indicadores en salud intercultural, y que en los procesos de evaluación de los prestadores se considere este aspecto, para que reciban un incentivo o premiación por su trabajo.

6.3. Obstáculos cotidianos en los establecimientos de salud

a) Discriminación por ser técnicos y por ser indígenas

A pesar de haber recibido una educación sólida —e, incluso, de haber tenido más horas de práctica que otros jóvenes que estudiaron para ser técnicos en enfermería—, el sistema de salud sigue siendo un entorno jerárquico que privilegia a los profesionales frente a quienes tienen una carrera técnica. Por este motivo, cuando los técnicos enfermeros en salud intercultural laboran en centros de salud con otros profesionales

14. Ordenanza Regional de Amazonas N.º 388-2016.

médicos, sus sugerencias para facilitar que ciertos aspectos de los servicios de salud sean más coherentes con la perspectiva de salud indígena son ignoradas y, en el peor de los casos, ellos mismos son ridiculizados, como narra un egresado de Atalaya:

Por ejemplo [...], cuando yo estaba en el centro de salud [...] hay doctores que no creen las creencias de los indígenas, no creen lo que es otra creencia, ellos no creen: «No, que no existe». Entonces yo cuando estaba allí, yo discutía con el doctor. Venía un niño [con diarrea] y primeramente qué hace, le pone una vía, le carga sobre líquido y fallece. Entonces [...] analizando, yo que he estudiado como intercultural, [pensé] esto no se trata así. Primeramente, tienes que evaluar. [...] Por una simple diarrea nosotros no podemos poner una vía, ¿por qué?, porque no está deshidratado. Si el niño se ve que esta deshidratado, entonces allí sí podemos poner una vía. Esto no es apropiado... entonces vamos a hacer esto... ¿hay plantas medicinales? «Esto es mal aire», eso se puede diagnosticar de sus heces, le llamamos «mal aire». Entonces, ¿cómo crees que se va a curar? así si nosotros teníamos allí preparado, y tres veces le ponemos. El doctor me dice «¿tú crees que estás haciendo cosas buenas? solamente porque piensas que estás haciendo [bien pero] tú estás utilizando al diablo» (Pesantes 2014: 69).

Además de lo señalado, en algunos casos registrados en Atalaya los técnicos en enfermería en salud intercultural fueron considerados menos hábiles solo por ser indígenas. Esto afecta las posibilidades de influir para mejorar los servicios que se brindan a la población indígena.

b) Escaso apoyo a los esfuerzos de los enfermeros técnicos en salud intercultural para mejorar la atención

Debido a la falta de implementación de estrategias que garanticen un enfoque intercultural, muchas iniciativas de los enfermeros técnicos en salud intercultural amazónica terminan siendo limitadas, a pesar de que contribuyen a mejorar la atención. Estas iniciativas dependen finalmente de su esfuerzo personal, y no son reconocidas por las autoridades del sector. La falta de reconocimiento se debe principalmente a que el sector está más preocupado por las metas de cobertura, y no le presta atención al trabajo de los citados enfermeros, no solo para alcanzar las coberturas solicitadas, sino también para brindar una atención de calidad, mejorar la percepción de la población sobre los servicios de salud y disminuir las brechas que impiden su acceso a dichos servicios.

6.4. Desafíos futuros

a) Fomentar el respeto y desarrollo de los sistemas de salud indígenas

El PSI tuvo desde sus inicios el objetivo de fortalecer los sistemas de salud indígenas, objetivo siempre integrado a la propuesta de formación en salud intercultural de AIDSESEP. Sin embargo, en la práctica, constituye un reto para los egresados generar estrategias claras para el fortalecimiento de los sistemas de salud indígena mientras asumen las demandas laborales propias de su condición de personal de salud estatales. El desafío es, entonces, replantearse si ese es, efectivamente, el rol que corresponde a los técnicos enfermeros en salud intercultural, o si es necesario plantear nuevas estrategias, promovidas desde AIDSESEP.

b) Fortalecer la experiencia de formación de recursos humanos en salud intercultural de AIDSESEP

Debido a que en la jerarquía del sector salud el enfermero técnico no tiene mayor influencia en las decisiones, es relevante que AIDSESEP consiga diseñar un programa que permita a los egresados de los PFETSIA complementar su formación y convertirse en licenciados en enfermería. Con ello, habrá más posibilidades de que tomen en consideración su capacidad de intervenir sobre las políticas y acciones del sector, así como las experiencias que aplican en salud intercultural. Igualmente, podrán brindar capacitación en servicio al personal indígena y no indígena, para que adquieran capacidades en salud intercultural.

c) Fortalecer, desde AIDSESEP, un plan para promover cambios de política de salud que respalden el trabajo de los enfermeros técnicos en salud intercultural

Si bien AIDSESEP, mediante el PSI y sus dirigentes, ha acompañado el proceso de formación en los PFETSIA, una vez concluida la carrera, el rol del PSI y de AIDSESEP no ha estado claro. Se sabe de la importancia de hacer un seguimiento de los enfermeros técnicos en salud intercultural amazónica, pero no hay un plan claro sobre cómo hacer incidencia política en el ámbito regional (y nacional), para garantizar que los recursos humanos estén en donde se los necesita.

d) Poca voluntad política en el MINSA para implementar el enfoque intercultural

La inexistencia de instrumentos formales que permitan a los enfermeros técnicos en salud intercultural reportar las atenciones que realizan con medicina indígena, así como explicar la complejidad de dichas atenciones, favorece que se invisibilicen su formación y su aporte a la salud. En los formatos de atención del MINSA no existe ningún código o consideración que permita el registro de las veces que se usó o permitió el uso de medicina indígena dentro del establecimiento de salud. Sería importante que se llevara un registro paralelo de dichas atenciones, para lo cual el PSI podría diseñar un formato alternativo y pedir a los egresados de sus proyectos de formación que las historias clínicas consignen este uso.

Por otro lado, la medicina indígena no se reduce al uso de plantas medicinales. Hay rituales y cuidados asociados a su forma de preparación y consumo, que trascienden el conocimiento de las propiedades curativas; por eso, los técnicos enfermeros en salud intercultural disciernen en qué momento pueden administrar medicina indígena, o si es mejor que un especialista indígena se haga cargo. Es importante visibilizar esta característica central del uso de la medicina indígena dentro del sistema de salud estatal, pues implica que, al momento de diseñar acciones en salud intercultural, el sector salud considere estas particularidades.

e) Modelo de evaluación por resultados

En el sector salud, el desempeño de un profesional se mide por metas programadas que se deben cumplir mensualmente. Esta presión por alcanzar las metas asignadas a menudo impide que los técnicos enfermeros en salud intercultural puedan ofrecer atenciones interculturales; sin embargo, algunos usan el enfoque intercultural justamente para garantizar el cumplimiento de estas metas. Un ejemplo es el cuidado al explicar detalladamente cada proceso que se llevará a cabo; es el caso de las vacunas: cuando es necesario explicar a la familia los efectos secundarios, los técnicos enfermeros en salud intercultural lo pueden hacer utilizando la lengua de la población y empleando su cuerpo para generar confianza.

f) Fortalecer los lazos de AIDSESEP con los enfermeros técnicos en salud intercultural amazónica

Es necesario continuar las coordinaciones con los enfermeros técnicos en salud intercultural amazónica, para garantizar que la salud intercultural siga aplicándose en los establecimientos de salud donde trabajan. Además, es preciso sistematizar las experiencias y, a partir de esto, pensar en propuestas de salud intercultural específicas de AIDSESEP. Asimismo, es importante brindar apoyo político a las acciones de los egresados, lo que se traduce en promover que en las organizaciones de base se fortalezcan las relaciones con ellos y se consolide el área de salud indígena en general.

Referencias bibliográficas

AIDSESEP (Asociación Interétnica de Desarrollo de la Selva Peruana)

- 2005 *Proyecto Educativo Institucional de Atalaya*. Lima: AIDSESEP.
- 2008 *Informe final del proyecto piloto de formación de enfermeros técnicos en salud intercultural de Atalaya*. Atalaya: AIDSESEP.
- 2009 *Proyecto Educativo Institucional de Bagua*. Lima: AIDSESEP.
- 2010 *Documento interno del Programa de Salud Indígena*. Lima: AIDSESEP.
- 2011 *Informe Anual del proyecto de formación de enfermeros técnicos en salud intercultural de Bagua*. Bagua.
- 2012 *Ayuda Memoria del Programa de Formación de Enfermeros Técnicos en Salud Intercultural*. Lima: AIDSESEP.
- 2013 *Construyendo puentes: proyecto de formación de enfermeros técnicos en salud intercultural en Bagua. Memoria de una propuesta de formación a nivel superior tecnológico desde las organizaciones indígenas*. Lima: AIDSESEP.

AIDSESEP (Asociación Interétnica de Desarrollo de la Selva Peruana) y FECONACO (Federación de Comunidades Nativas del Corrientes)

- 2010 *Proyecto Educativo Institucional de FORTENIA*. Nauta: AIDSESEP y FECONACO.

ANDERSON, Jeanine

- 2001 *Tendiendo puentes. Calidad de atención desde la perspectiva de las mujeres rurales y los proveedores de servicios de salud*. Lima: Movimiento Manuela Ramos.

BAER, Hans; Merrill SINGER e Ida SUSSER

- 2003 *Medical anthropology and the world system. A critical perspective*. Westport, CT: Bergin y Garvey.

BENAVIDES, Martín; Magrith MENA y Carmen PONCE

- 2010 *Estado de la niñez indígena en el Perú*. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).

CHÁVEZ, Claudia; Carmen YON y Cynthia CÁRDENAS

- 2015 *El aporte de los egresados del Programa de Formación de Enfermeros Técnicos en Salud Intercultural*

Amazónica de AIDSESP a la salud intercultural: estudio de caso en dos comunidades de Amazonas.
Lima: Instituto de Estudios de Peruanos.

DEFENSORÍA DEL PUEBLO

2008 *La salud de las comunidades nativas. Un reto para el Estado.* Informe Defensorial N.º 134. Lima: Defensoría del Pueblo.

2015 *La defensa del derecho de los pueblos indígenas amazónicos a una salud intercultural.* Informe Defensorial N.º 169. Lima: Defensoría del Pueblo.

DIEZ, Alejandro

2009 «Entre la cultura y la interculturalidad». En Enrique Rivera, ed., *La interculturalidad como principio ético para el desarrollo de nuestros pueblos.* Arequipa: Instituto Andino de Ciencia y Ética (INACET).

FARMER, Paul

1999 *Infections and inequalities. The modern plagues.* Berkeley: University of California Press.

FERRARI, José

2008 *Estudio intercultural del ayahuasca.* Monografía para lograr el título de Técnico en Enfermería Intercultural. Atalaya: Instituto Superior Tecnológico Público Atalaya.

FORNET, Raúl

2000 *Interculturalidad y globalización.* San José de Costa Rica: DEI.

HVALKOF, Soren (ed.)

2003 *Sueños amazónicos. Un programa de salud indígena en la selva peruana.* Copenhague: Fundación Karen Elise Jensen y Agencia Nórdica para el Desarrollo y la Ecología (NORDECO).

INEI (Instituto Nacional de Estadística e Informática)

2007 *Resumen ejecutivo. Resultados definitivos de las comunidades indígenas.* Lima: INEI.

2009 *Encuesta Nacional Demográfica y Social (ENDES).* Lima: INEI.

MINEDU (Ministerio de Educación)

2012 *Ley Nacional de Educación Comunitaria.* Decreto Supremo N.º 011-2012-ED. Lima: Ministerio de Educación.

MINSA (Ministerio de Salud)

2006 *Análisis de la situación de salud del pueblo Achuar.* Lima: Dirección General de Epidemiología.

MINSA (Ministerio de Salud), INS (Instituto Nacional de Salud) y CENSI (Centro Nacional de Salud Intercultural)

2009 *Plan General 2010-2012 de la Estrategia Sanitaria Nacional Salud de los Pueblos Indígenas.* Lima: CENSI

OPS (Organización Panamericana de la Salud)

1993 *Documento base usado en el Seminario Taller 1993 «Los pueblos indígenas y la salud».* Winnipeg, Canadá: OPS.

2006 *La salud de los pueblos indígenas de las Américas.* Documento de la 138.ª Sesión del Comité Ejecutivo de la OPS. Washington D. C: OPS-OMS.

2012 *Informe técnico. Estado de salud y nutrición de los niños menores de 5 años pertenecientes a las poblaciones indígenas y no indígenas de Bagua y Condorcanqui en la Región Amazonas.* Lima: OPS-OMS.

PESANTES, M. Amalia

2014 *Out of sight out of mind: Intercultural health technicians in the Peruvian Amazon*. Tesis para optar el grado de doctora en Antropología. Pittsburgh: University of Pittsburgh.

PORTUGAL, Tamia; Carmen YON y Rocío VARGAS MACHUCA

2016 *Los retos para enfrentar la desnutrición infantil. «Saber y no poder»: un estudio de caso en Vilcas Huamán (Ayacucho)*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos.

RAMÍREZ Hita, Susana

2010 *Calidad de atención en salud: prácticas y representaciones sociales en las poblaciones quechua y aymara del altiplano boliviano*. La Paz: OPS-OMS.

2011 *Salud intercultural. Crítica y problematización a partir del contexto boliviano*. La Paz: Instituto Técnico Ecuménico Andino de Teología (ISEAT).

REÁTEGUI, Juan

2003a «Chamanismo. Sueños amazónicos». En Hvalkof 2003, pp. 190-200.

2003b «El origen del Programa de Salud Indígena: entrevista con el director del programa». En Hvalkof 2003, pp. 98-104.

2005 *Las políticas de salud de los pueblos indígenas de la Amazonía peruana*. Lima: AIDSESP.

RIBOTTA, Bruno

2010 *Diagnóstico sociodemográfico de los pueblos indígenas de Perú*. Lima: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

RODRÍGUEZ, Alfredo; M. Isolina VALDEZ y Juan REÁTEGUI

2009 «Formación de enfermeros técnicos en salud intercultural: una experiencia de cooperación entre las organizaciones indígenas de la Amazonía peruana, el Estado y un instituto tecnológico». En Daniel Mato, coord., *Educación superior, colaboración intercultural y desarrollo sostenible/Buen vivir. Experiencias en América Latina* (pp. 87-114). Caracas: UNESCO e Instituto Internacional de la Unesco para la Educación Superior en América Latina y el Caribe (IESALC).

SALUD SIN LÍMITES

2014 Consultoría en comunicación para el desarrollo para trabajar el tema del VIH/SIDA con poblaciones awajún-wampis. Informe final para UNICEF y el Ministerio de Salud.

TUBINO, Fidel

2004a «Del interculturalismo funcional al interculturalismo crítico». En Mario Samaniego y Carmen Gloria Samaniego, comp., *Rostros y fronteras de la identidad* (pp. 151-164). Temuco: Universidad Católica de Temuco.

2004b *El interculturalismo latinoamericano y los Estados nacionales*. Texto presentado como conferencia magistral en el Foro Latinoamericano sobre Interculturalidad, Ciudadanía y Educación, organizado por el Foro Latinoamericano de Políticas Educativas (FLAPE) en México.

WALSH, Catherine

2007 «Interculturalidad y colonialidad del poder. Un pensamiento y posicionamiento otro desde la diferencia colonial». En José Luis Saavedra, comp., *Educación superior, interculturalidad y descolonización* (pp. 175-213). Bolivia: Programa de Investigación Estratégica en Bolivia (PIEB).

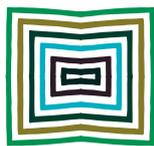
YON, Carmen

2000 *Preferencias reproductivas y anticoncepción: hablan las mujeres andinas*. Lima: Movimiento Manuela Ramos.

ISBN: 978-9972-51-631-3



9 789972 516313



IEP
INSTITUTO DE
ESTUDIOS
PERUANOS



AIDSEP
Asociación Interétnica
de Desarrollo de la
Selva Peruana