



REVISTA MULTIDISCIPLINAR EPISTEMOLOGÍA DE LAS CIENCIAS

Volumen 2, Número 4
Octubre-Diciembre 2025

Edición Trimestral

CROSSREF PREFIX DOI: 10.71112

ISSN: 3061-7812, www.omniscens.com

Revista Multidisciplinar Epistemología de las Ciencias

Volumen 2, Número 4
octubre-diciembre 2025

Publicación trimestral
Hecho en México

La Revista Multidisciplinar Epistemología de las Ciencias acepta publicaciones de cualquier área del conocimiento, promoviendo una plataforma inclusiva para la discusión y análisis de los fundamentos epistemológicos en diversas disciplinas. La revista invita a investigadores y profesionales de campos como las ciencias naturales, sociales, humanísticas, tecnológicas y de la salud, entre otros, a contribuir con artículos originales, revisiones, estudios de caso y ensayos teóricos. Con su enfoque multidisciplinario, busca fomentar el diálogo y la reflexión sobre las metodologías, teorías y prácticas que sustentan el avance del conocimiento científico en todas las áreas.

Contacto principal: admin@omniscens.com

Las opiniones expresadas por los autores no necesariamente reflejan la postura del editor de la publicación

Se autoriza la reproducción total o parcial del contenido de la publicación sin previa autorización de la Revista Multidisciplinar Epistemología de las Ciencias siempre y cuando se cite la fuente completa y su dirección electrónica.



9773061781003

Cintillo legal

Revista Multidisciplinar Epistemología de las Ciencias Vol. 2, Núm. 4, octubre-diciembre 2025, es una publicación trimestral editada por el Dr. Moises Ake Uc, C. 51 #221 x 16B , Las Brisas, Mérida, Yucatán, México, C.P. 97144 , Tel. 9993556027, Web: <https://www.omniscens.com>, admin@omniscens.com, Editor responsable: Dr. Moises Ake Uc. Reserva de Derechos al Uso Exclusivo No. 04-2024-121717181700-102, ISSN: 3061-7812, ambos otorgados por el Instituto Nacional del Derecho de Autor (INDAUTOR). Responsable de la última actualización de este número, Dr. Moises Ake Uc, fecha de última modificación, 1 octubre 2025.



Revista Multidisciplinar Epistemología de las Ciencias

Volumen 2, Número 4, 2025, octubre-diciembre

DOI: <https://doi.org/10.71112/xczecw69>

**INTERCULTURALIDAD SANITARIA EN COMUNIDADES ANDINAS DE CUSCO:
EVIDENCIAS, BARRERAS Y RUTAS DE TRANSFORMACIÓN**

**HEALTH INTERCULTURALITY IN ANDEAN COMMUNITIES OF CUSCO:
EVIDENCE, BARRIERS, AND PATHS OF TRANSFORMATION**

Erikson Enrique Gutiérrez Márquez

Dr. Sérgio Luís Allebrandt

Brasil

Interculturalidad sanitaria en comunidades andinas de Cusco: evidencias, barreras y rutas de transformación

Health interculturality in andean communities of Cusco: evidence, barriers, and paths of transformation

Erikson Enrique Gutiérrez Márquez

Erikson.marquez@unijui.edu.br

<https://orcid.org/0000-0001-9462-8437>

Universidad Regional del Noroeste del
Estado de Rio Grande do Sul (UNIJUÍ)
Brasil

Dr. Sérgio Luís Allebrandt

sergio.allebrandt@unijui.edu.br

<https://orcid.org/0000-0002-2590-6226>

Universidad Regional del Noroeste del
Estado de Rio Grande do Sul (UNIJUÍ)
Brasil

RESUMEN

El presente artículo examina la situación del servicio público de salud en las comunidades campesinas andinas de la región de Cusco, desde un enfoque sociológico-sanitario sustentado en la interculturalidad como principio de equidad y justicia cognitiva. Se analiza la interacción entre el sistema biomédico estatal y los sistemas tradicionales de medicina andina, evidenciando tensiones estructurales, simbólicas y epistemológicas que persisten en la práctica sanitaria. A través de una metodología cualitativa con enfoque hermenéutico, se recopilamos testimonios de profesionales de salud, líderes comunales y usuarios, con el propósito de comprender la percepción sobre la pertinencia cultural de los servicios y las barreras que enfrentan las comunidades rurales. Los resultados revelan que la interculturalidad en salud continúa siendo aplicada de manera superficial, limitada a la traducción lingüística o a la adecuación formal de protocolos, sin incorporar plenamente los saberes ancestrales ni la participación comunal en la toma de decisiones. Se concluye que el fortalecimiento de un modelo de salud intercultural en

Cusco exige transformar las estructuras institucionales, reconocer el valor epistémico de la medicina tradicional y promover políticas públicas orientadas al diálogo de saberes, la reciprocidad y la inclusión territorial efectiva.

Palabras clave: salud intercultural; comunidades andinas; Cusco; medicina tradicional; políticas públicas

ABSTRACT

This article examines the public health service situation in the Andean peasant communities of the Cusco region, from a sociological–sanitary perspective grounded in interculturality as a principle of equity and cognitive justice. It analyzes the interaction between the state biomedical system and traditional Andean medicine, highlighting the structural, symbolic, and epistemic tensions that persist within healthcare practice. Using a qualitative methodology with a hermeneutic approach, testimonies from health professionals, community leaders, and users were collected to understand perceptions of cultural relevance in health services and the barriers faced by rural populations. The findings reveal that intercultural health approaches remain superficially applied, often limited to linguistic translation or procedural adaptation, without fully integrating ancestral knowledge or community participation in decision-making. The study concludes that strengthening an intercultural health model in Cusco requires transforming institutional structures, recognizing the epistemic value of traditional medicine, and promoting public policies based on dialogue among knowledge systems, reciprocity, and territorial inclusion.

Keywords: intercultural health; andean communities; Cusco; traditional medicine; public policies

Recibido: 4 de octubre 2025 | Aceptado: 23 de octubre 2025

INTRODUCCIÓN

Las comunidades andinas del Cusco constituyen uno de los pilares históricos, culturales y sociales más significativos del Perú. Su cosmovisión, sus formas de organización comunal y sus prácticas de salud tradicionales reflejan un sistema de conocimiento ancestral que concibe el bienestar no solo como ausencia de enfermedad, sino como equilibrio entre el cuerpo, el entorno y la espiritualidad (De la Cadena, 2010).

Como señala Toledo (2013), las comunidades andinas son portadoras de una racionalidad ecológica y espiritual que estructura su relación con la salud y la naturaleza, sustentada en principios de reciprocidad y equilibrio con la Pachamama.

Esta visión integral ha coexistido, aunque no sin tensiones, con el sistema biomédico oficial promovido por el Estado peruano, el cual opera bajo parámetros científicos occidentales que, con frecuencia, desconocen la pluralidad epistémica y los modos propios de atención de las comunidades originarias.

En los últimos años, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2017) y la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) han subrayado la necesidad de incorporar la interculturalidad como principio transversal en las políticas sanitarias, reconociendo que la salud no puede entenderse desligada de los contextos culturales y territoriales. En el Perú, este enfoque se expresa en la Norma Técnica de Salud N.º 047-MINSA/DGSP-V.01 y en el Decreto Supremo N.º 016-2016-SA, que promueven la transversalización de los enfoques de derechos humanos, equidad de género e interculturalidad en la atención médica. Sin embargo, la aplicación práctica de estos marcos normativos ha sido limitada, fragmentaria y, en muchos casos, meramente simbólica.

La región del Cusco, con una población mayoritariamente quechuahablante y campesina, evidencia las brechas más notorias en el acceso a la salud con pertinencia cultural. Estudios recientes muestran que la distancia geográfica, la falta de infraestructura, la carencia de personal

bilingüe y la escasa formación del personal sanitario en competencias interculturales son factores que profundizan la desigualdad sanitaria (Ministerio de Salud, 2020; Unfpa, 2017). En estos contextos, la medicina tradicional mantiene una presencia activa: las parteras, curanderos y sabios locales continúan desempeñando un papel esencial en la atención materno-infantil, el tratamiento de enfermedades comunes y la transmisión del conocimiento herbolario ancestral (Saldaña-Tejeda, 2017).

Desde un enfoque sociológico, la salud intercultural puede entenderse como un espacio de diálogo entre sistemas de conocimiento y de poder. Según Walsh (2009), la interculturalidad crítica implica no solo la coexistencia entre culturas, sino la transformación estructural del Estado monocultural hacia un modelo que reconozca la legitimidad de los saberes indígenas. En el ámbito sanitario, esto significa cuestionar las relaciones verticales entre el personal médico y los usuarios de comunidades rurales, donde las prácticas de atención muchas veces se imponen desde una lógica tecnocrática y excluyente (Grosfoguel, 2007).

Tal como advierte Quijano (2000), la colonialidad del poder persiste en las instituciones contemporáneas a través de estructuras epistémicas que subordinan los conocimientos locales a la racionalidad occidental, incluso en el ámbito sanitario.

A nivel local, los servicios de salud en Cusco reproducen las tensiones de este modelo dual. Por un lado, el Estado implementa políticas públicas de alcance nacional; por otro, las comunidades mantienen sus propias prácticas curativas y redes de cuidado. Entre ambas esferas, emerge una zona de contacto intercultural donde se producen resistencias, negociaciones y adaptaciones (Boccará & Ayala, 2011). No obstante, la falta de mecanismos institucionales para el reconocimiento del conocimiento tradicional limita la participación efectiva de los pueblos andinos en la gestión de los servicios de salud, reproduciendo la exclusión histórica y simbólica.

En este sentido, la presente investigación tiene como propósito analizar la situación actual del servicio público de salud con enfoque intercultural en las comunidades andinas de Cusco, desde un enfoque sociológico–sanitario. Se busca identificar las principales barreras estructurales, institucionales y culturales que obstaculizan la implementación de políticas de salud intercultural, así como rescatar las estrategias locales que las comunidades desarrollan para mantener su bienestar y su autonomía sanitaria.

La relevancia del estudio radica en la necesidad de repensar las políticas públicas desde la justicia epistémica y el pluralismo cultural. Tal como plantea Boaventura de Sousa Santos (2010), la superación del monoculturalismo institucional requiere un “diálogo de saberes” que permita articular los conocimientos científicos y tradicionales en condiciones de igualdad. De esta manera, la interculturalidad en salud no debe reducirse a una política de inclusión asistencial, sino constituirse en un principio estructural del sistema sanitario, orientado a garantizar el derecho a la salud desde la diversidad cultural y territorial.

De acuerdo con Pérez (2015), la salud intercultural requiere articular los saberes ancestrales con la gestión pública desde un enfoque de gobernanza territorial participativa, donde las comunidades sean parte activa en la formulación de políticas de bienestar.

METODOLOGÍA

La investigación se sustentó en un enfoque cualitativo, con orientación hermenéutica y una perspectiva sociológica aplicada al análisis de los servicios públicos de salud en contextos rurales andinos. Este enfoque permitió comprender las experiencias, significados y percepciones que los distintos actores sociales —profesionales de salud, autoridades comunales y miembros de las comunidades— construyen en torno a la implementación del enfoque intercultural en la atención sanitaria. La elección del paradigma cualitativo respondió a la necesidad de interpretar los fenómenos sociales no como realidades objetivas, sino como procesos simbólicos cargados

de sentido, donde la cultura, el lenguaje y las relaciones de poder configuran las prácticas institucionales (Denzin & Lincoln, 2018).

Enfoque epistemológico: la hermenéutica profunda

El estudio se desarrolló bajo los lineamientos de la Hermenéutica Profunda (HP), propuesta por John B. Thompson (1995), que integra el análisis sociohistórico, discursivo e interpretativo de los fenómenos sociales. Este enfoque busca comprender el sentido de las prácticas simbólicas dentro de contextos estructurados por relaciones de poder y desigualdad. Como sostienen Allebrandt y Prediger (2018), la hermenéutica profunda ofrece una base metodológica sólida para analizar las políticas públicas desde una lógica crítica, reconociendo que los discursos y las instituciones están imbuidos de ideología y que su interpretación requiere una lectura situada en las condiciones históricas y culturales que los producen.

La HP articula tres niveles de análisis complementarios:

1. Análisis sociohistórico, orientado a reconstruir las condiciones contextuales, normativas e institucionales en las que se desarrolla la política de salud intercultural en Cusco.
2. Análisis formal o discursivo, centrado en los relatos de los participantes, la estructura narrativa de sus testimonios y los significados que atribuyen a sus experiencias.
3. Interpretación/reinterpretación, que constituye la síntesis interpretativa elaborada por el investigador, integrando los discursos sociales con las estructuras institucionales y simbólicas que los atraviesan (Thompson, 1995).

Este enfoque permitió no solo identificar barreras estructurales en la implementación de la política sanitaria, sino también reconocer las formas de resistencia cultural y de construcción de agencia que emergen desde las propias comunidades campesinas.

Diseño y técnicas de recolección de información

El diseño de investigación fue no experimental, transversal y descriptivo–interpretativo. Se seleccionaron 18 participantes de manera intencionada, garantizando representatividad de los distintos actores vinculados al sistema de salud intercultural:

- Profesionales de salud (6): médicos, obstetras, enfermeros, psicólogos y técnicos de salud que laboran en establecimientos rurales de Cusco.
- Miembros de comunidades campesinas (5): hombres y mujeres quechuas, usuarios habituales de los servicios sanitarios, incluyendo parteras y curanderos tradicionales.
- Autoridades comunales (3): representantes de organizaciones locales vinculadas a la gestión comunitaria de la salud.
- Especialistas en salud intercultural (4): funcionarios de la Dirección Regional de Salud (DIRESA) y académicos especializados en antropología médica y políticas públicas.

La principal técnica de recolección de datos fue la entrevista en profundidad, orientada a obtener narrativas extensas y reflexivas sobre las experiencias de los participantes. Las entrevistas se desarrollaron en castellano y quechua (con apoyo de traductores locales cuando fue necesario), asegurando el respeto a la lengua y cosmovisión de los participantes. Cada entrevista tuvo una duración promedio de 60 minutos y fue grabada en audio con consentimiento informado.

De manera complementaria, se aplicaron observaciones de campo en establecimientos de salud rurales de las provincias de Canas, Chumbivilcas, Paruro y Calca, documentando prácticas institucionales, interacciones entre personal sanitario y pacientes, así como la presencia o ausencia de elementos culturales en los espacios de atención. Esta observación participante permitió enriquecer la comprensión del contexto y fortalecer la validez interpretativa del análisis (Creswell & Poth, 2018).

Análisis de los datos

El corpus empírico —transcripciones de entrevistas y registros de campo— fue sometido a un proceso de codificación temática y categorial, siguiendo los lineamientos del análisis de contenido (Bardin, 2001). Las categorías emergentes se agruparon en torno a tres dimensiones principales: (a) percepción del enfoque intercultural en la atención de salud, (b) barreras estructurales e institucionales, y (c) prácticas de diálogo y resistencia comunitaria.

La triangulación de fuentes (entrevistas, observaciones y documentos normativos) permitió contrastar los discursos de los actores con los marcos legales y las políticas públicas en ejecución. Este procedimiento no buscó validar cuantitativamente los resultados, sino profundizar en la comprensión del fenómeno desde múltiples perspectivas, garantizando la credibilidad y transferibilidad de los hallazgos (Lincoln & Guba, 1985).

Consideraciones éticas

El estudio cumplió con los principios éticos establecidos para la investigación social y sanitaria: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia (Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas [CIOMS], 2016). Todos los participantes fueron informados sobre los objetivos del estudio, su participación voluntaria y el uso académico de la información, firmando el correspondiente consentimiento informado. Se protegió la identidad de los participantes mediante el uso de códigos (E1–E18) y se garantizó la confidencialidad de los datos conforme a la legislación peruana sobre protección de datos personales.

RESULTADOS

Los resultados de la investigación evidencian una brecha persistente entre los marcos normativos que promueven la salud intercultural y su aplicación efectiva en las comunidades andinas del Cusco. Si bien el Estado peruano ha incorporado formalmente el enfoque intercultural en la política sanitaria —a través del Decreto Supremo N. ° 016-2016-SA y la Norma Técnica N.

° 047-MINSA/DGSP-V.01—, su implementación práctica continúa siendo limitada y fragmentada. Las entrevistas realizadas revelaron tres dimensiones centrales del problema: las barreras estructurales, las deficiencias institucionales y las tensiones simbólicas y culturales que atraviesan el sistema de salud.

1. Barreras estructurales: desigualdad territorial y precariedad del Sistema

Las comunidades campesinas de Cusco enfrentan condiciones geográficas, económicas y logísticas que restringen severamente su acceso a los servicios de salud. Los establecimientos rurales carecen de equipamiento básico, medicamentos y personal suficiente. Según los profesionales entrevistados, la atención médica en zonas altoandinas depende en gran medida de la voluntad personal del trabajador y del apoyo comunal:

“En muchos puestos de salud no hay médico fijo; trabajamos con personal SERUMS que rota cada año, y eso afecta la continuidad de los programas. A veces no tenemos agua o luz eléctrica, pero la comunidad apoya con faenas” (E2, médico general, Chumbivilcas).

Este testimonio refleja la precariedad estructural que limita la sostenibilidad del servicio público. La falta de infraestructura y transporte sanitario refuerza la exclusión espacial y social de los pueblos rurales, tal como han señalado estudios previos sobre salud intercultural en los Andes (Unfpa, 2017; Ministerio de Salud, 2020). Además, la distancia física entre comunidades y centros de atención se traduce en mayores tasas de automedicación, dependencia de la medicina tradicional y abandono de tratamientos prescritos.

2. Barreras institucionales: formación deficiente y monoculturalismo sanitario

Una segunda dimensión del problema radica en la falta de formación intercultural del personal de salud. La mayoría de los profesionales reconoció no haber recibido

capacitación específica sobre la atención culturalmente pertinente, lo que genera choques comunicativos y desconfianza con los usuarios quechuahablantes.

En la misma línea, Sánchez (2018) advierte que los programas de formación médica en el Perú mantienen una orientación monocultural, priorizando la biomedicina y descuidando la preparación del personal en competencias interculturales. Esta carencia metodológica reproduce brechas cognitivas entre los profesionales de salud y los usuarios de comunidades originarias, afectando la calidad de la atención y la confianza institucional.

Una obstetra rural comentó:

“Las mujeres prefieren atenderse con sus parteras, porque sienten que aquí no las escuchamos o no respetamos su forma. A veces el idioma es una barrera, y no hay intérprete” (E1, obstetra, Cusco rural).

Esta percepción es recurrente y pone de manifiesto la vigencia de lo que Walsh (2009) denomina monoculturalismo institucional: la tendencia del Estado a imponer un modelo homogéneo de atención sanitaria sin considerar las diferencias epistémicas y simbólicas de las comunidades indígenas. En este sentido, el enfoque intercultural no se ha traducido en una práctica de gestión inclusiva, sino en un requisito formal carente de respaldo operativo.

Asimismo, los actores comunales entrevistados coincidieron en que los programas de salud no se diseñan desde la participación efectiva de las comunidades. Las decisiones sobre campañas, horarios o procedimientos se toman desde las capitales provinciales sin consulta previa. Esto reproduce relaciones verticales que refuerzan la dependencia institucional y reducen la capacidad de agencia de las comunidades locales (Grosfoguel, 2007).

3. Dimensión simbólica: diálogo de saberes y tensiones culturales

La tercera dimensión identificada corresponde al plano simbólico y epistémico, donde confluyen los valores, creencias y prácticas que definen la relación entre medicina occidental y medicina tradicional. Los resultados muestran que, aunque el personal sanitario reconoce la importancia de los saberes ancestrales, persiste una visión jerárquica que subordina la medicina tradicional a la biomedicina.

Rivera (2019) sostiene que la interculturalidad médica en el contexto andino solo será efectiva si se reconoce el valor terapéutico del vínculo espiritual y comunitario que sostiene la medicina tradicional, superando el reduccionismo biomédico.

Un técnico en salud señaló:

“Respetamos sus costumbres, pero lo científico es lo que vale; no podemos recetar plantas” (E5, técnico en salud, Quispicanchi).

Este tipo de afirmaciones reflejan una concepción asimétrica del conocimiento, donde la validez científica se opone a la sabiduría empírica de las comunidades. En contraposición, los curanderos y parteras entrevistados sostienen que la medicina andina responde a una lógica de equilibrio entre cuerpo, naturaleza y espiritualidad, y que su eficacia no depende de la tecnología, sino de la armonía con la pachamama.

“El enfermo no solo tiene mal del cuerpo, sino del alma. El remedio se hace con plantas, pero también con respeto y palabra buena” (C4, curandero, Calca).

Este testimonio reafirma lo que De la Cadena (2010) denomina cosmopolítica indígena, es decir, una forma de comprender la salud desde la interconexión entre lo humano y lo no humano. Desde esta perspectiva, la interculturalidad en salud no debe limitarse a la coexistencia de dos sistemas médicos, sino promover un verdadero diálogo de saberes que reconozca la ontología relacional del mundo andino.

En esta misma perspectiva, Viveiros de Castro (2010) plantea que los sistemas ontológicos indígenas no distinguen entre lo humano y lo no humano, lo que redefine las categorías de cuerpo, enfermedad y curación en la práctica médica tradicional.

4. Prácticas emergentes de articulación y Resistencia

Pese a las limitaciones, la investigación identificó experiencias locales que demuestran avances en la articulación entre ambos sistemas. En algunas microredes rurales, los médicos coordinan con parteras comunales y curanderos para derivar casos y compartir conocimientos. Estas iniciativas, impulsadas desde la base, revelan un incipiente proceso de hibridación sanitaria (Boccaro & Ayala, 2011), en el cual se articulan la medicina moderna y la tradicional a través de relaciones horizontales y de confianza.

Asimismo, las comunidades promueven estrategias propias de bienestar —como los rituales de florecimiento, las mingas de salud o los botiquines comunales de plantas medicinales— que fortalecen la autonomía sanitaria y la identidad cultural. Estas prácticas, lejos de ser residuales, constituyen mecanismos de resistencia simbólica ante la hegemonía biomédica y expresan una reapropiación del derecho a la salud desde los márgenes del Estado.

En conjunto, los resultados muestran que el principal desafío para consolidar una salud intercultural en Cusco radica no solo en los recursos materiales o la cobertura de servicios, sino en la transformación profunda de las estructuras institucionales y epistémicas que configuran la relación entre Estado y comunidades.

DISCUSIÓN

Los hallazgos obtenidos permiten sostener que la salud intercultural en las comunidades andinas del Cusco enfrenta un desafío estructural que trasciende la mera gestión sanitaria: implica cuestionar la organización del sistema público desde su base epistemológica y cultural.

La tensión entre el modelo biomédico occidental y los sistemas tradicionales de salud refleja, más que una simple diferencia técnica, una relación de poder histórica que ha subordinado los saberes indígenas al conocimiento científico dominante. Esta relación asimétrica constituye lo que Santos (2010) denomina epistemicidio, es decir, la negación institucional de otras formas de conocer y sanar.

Desde esta perspectiva, la interculturalidad no debe entenderse como una herramienta de inclusión asistencial, sino como un proyecto político y ético de transformación institucional (Walsh, 2009). En el contexto de la salud pública, esto significa reconocer que la eficacia del sistema sanitario no depende únicamente de su capacidad técnica, sino de su legitimidad cultural. Las prácticas estatales que reducen la interculturalidad a traducción lingüística o adaptación simbólica perpetúan lo que Grosfoguel (2007) describe como colonialidad del saber: un modelo que privilegia la racionalidad occidental y relega las epistemologías locales al ámbito de lo folklórico o marginal.

Los resultados de esta investigación demuestran que la interculturalidad en salud se ha implementado de manera fragmentaria, sin alterar las estructuras jerárquicas que rigen la relación entre el Estado y las comunidades campesinas.

En ese sentido, Zapata (2021) subraya que la institucionalización de la interculturalidad requiere de políticas públicas que reconozcan la diversidad como valor estructural del Estado, y no como un componente accesorio de la gestión sanitaria.

La ausencia de mecanismos de participación efectiva en la planificación de políticas sanitarias constituye una de las principales limitaciones para la sostenibilidad de los programas en Cusco. De acuerdo con Boaventura de Sousa Santos (2018), la construcción de un conocimiento emancipador exige un “diálogo de saberes” (ecología de saberes) que reemplace la monocultura de la ciencia moderna por un pluralismo cognitivo basado en la reciprocidad y la horizontalidad.

El análisis sociológico de los discursos recogidos muestra que las comunidades andinas continúan reproduciendo prácticas autónomas de salud que integran elementos espirituales, naturales y comunitarios. Estas prácticas constituyen formas de resistencia simbólica frente al modelo hegemónico de salud, configurando un espacio de interculturalidad desde abajo (Boccaro & Ayala, 2011). En este sentido, la salud intercultural debe concebirse no como una política impuesta por el Estado, sino como una construcción colectiva en la que confluyen los valores, lenguajes y prácticas de los diferentes actores sociales.

Por otro lado, la noción de justicia epistémica, planteada por Fricker (2007), ofrece una herramienta clave para interpretar los conflictos descritos. La falta de reconocimiento institucional hacia los curanderos, parteras y sabios locales constituye una forma de injusticia testimonial, donde el conocimiento de ciertos grupos es sistemáticamente deslegitimado por prejuicios culturales. Este fenómeno se observa en los testimonios de los profesionales de salud, quienes, aunque valoran la medicina tradicional, la subordinan a la validación científica. Superar esta asimetría requiere no solo formación técnica, sino también un proceso de sensibilización ética y política que promueva la reflexión crítica sobre los privilegios epistémicos dentro del sistema sanitario.

Asimismo, los resultados evidencian que la gobernanza sanitaria intercultural en Cusco continúa atrapada en un modelo verticalista. La descentralización administrativa no ha implicado una redistribución real del poder de decisión, ya que las comunidades participan de manera limitada en los procesos de planificación y evaluación. Experiencias de otros países latinoamericanos —como los modelos interculturales de Bolivia y Ecuador— demuestran que la participación comunal en los comités locales de salud y la inclusión de agentes tradicionales en los equipos médicos son factores decisivos para fortalecer la confianza institucional y reducir la resistencia cultural (OPS, 2019).

En síntesis, la interculturalidad en salud exige un replanteamiento estructural del modelo estatal, donde la equidad epistémica y la participación comunitaria sean los pilares de una nueva gobernanza sanitaria. Este cambio implica reconocer que la salud no es solo un servicio técnico, sino una práctica social vinculada a la identidad, la cosmovisión y el derecho a la diferencia cultural. En el caso del Cusco, avanzar hacia un sistema sanitario verdaderamente intercultural supone integrar los saberes ancestrales en el diseño de políticas públicas, promover la formación del personal de salud en competencias culturales y fortalecer la autonomía de las comunidades en la gestión de su propio bienestar.

CONCLUSIONES

La investigación demuestra que la implementación del enfoque intercultural en el servicio público de salud en la región de Cusco continúa siendo incipiente y fragmentaria. Aunque existe un marco normativo que reconoce la diversidad cultural como eje transversal de las políticas sanitarias, su aplicación práctica enfrenta limitaciones estructurales, institucionales y simbólicas. La distancia geográfica, la escasez de recursos humanos y materiales, y la falta de continuidad de los programas dificultan la cobertura efectiva en las zonas rurales andinas.

En el ámbito institucional, el principal obstáculo radica en la ausencia de formación intercultural del personal de salud y en la débil articulación entre las instancias del Estado y las comunidades campesinas. Esta situación perpetúa una lógica de atención vertical y monocultural, donde los saberes tradicionales permanecen subordinados al conocimiento biomédico. La interculturalidad, en consecuencia, se mantiene en un plano declarativo, sin traducirse en transformaciones sustantivas dentro de la gestión sanitaria.

A nivel simbólico, el estudio evidencia la coexistencia de dos sistemas de conocimiento que dialogan de manera desigual: la medicina moderna y la medicina andina. Mientras el sistema estatal valora la eficacia técnica y científica, las comunidades campesinas priorizan la armonía

con la naturaleza, la espiritualidad y el equilibrio comunitario. Esta tensión, lejos de ser una barrera, puede constituir una oportunidad para construir una salud pública plural y contextualizada, basada en el respeto mutuo y la complementariedad epistémica.

Los resultados permiten afirmar que fortalecer la salud intercultural en Cusco exige una reforma institucional que reconozca la diversidad de epistemologías y promueva una participación efectiva de las comunidades en la toma de decisiones. Se requiere consolidar programas de capacitación permanente en competencias culturales, incorporar a agentes tradicionales (parteras, curanderos, sabios locales) en los equipos sanitarios, y diseñar mecanismos de diálogo que legitimen los saberes locales como parte del sistema público.

Asimismo, el estudio reafirma que el derecho a la salud con pertinencia cultural no se reduce a un acceso físico a los servicios, sino que implica el reconocimiento de la identidad, el idioma y las prácticas ancestrales como dimensiones inseparables del bienestar. La interculturalidad debe asumirse como un principio estructurante del sistema sanitario, orientado a superar las desigualdades históricas y a garantizar una justicia epistémica e institucional en favor de los pueblos andinos.

Finalmente, las experiencias positivas documentadas —como las coordinaciones locales entre médicos y parteras, y los espacios comunitarios de diálogo sanitario— demuestran que es posible construir modelos híbridos de atención, donde el conocimiento ancestral y la ciencia moderna se complementen en beneficio de la población. La salud intercultural, concebida como un proceso dinámico y participativo, constituye no solo una política necesaria, sino una vía ética hacia la democratización del saber y la equidad territorial en el Perú rural.

Declaración de conflicto de interés

El autor declara que no existe ningún conflicto de interés financiero, institucional o personal que haya influido en la realización o los resultados de la presente investigación. El trabajo se desarrolló con fines exclusivamente académicos y científicos, en el marco del Programa de

Posgrado en Desarrollo Regional de la Universidad Regional del Noroeste del Estado de Rio Grande do Sul (UNIJUÍ), Brasil.

Declaración de contribución a la autoría

Erikson Enrique Gutiérrez Márquez: conceptualización; revisión de literatura; diseño metodológico; recolección y análisis de datos; interpretación de resultados; redacción del borrador original; revisión y edición final.

Dr. Sérgio Luís Allebrandt: asesoría académica; orientación metodológica; validación teórica; supervisión de la investigación; revisión crítica del manuscrito y edición académica final.

Ambos autores declaran que participaron activamente en la construcción del artículo y que asumen la responsabilidad intelectual compartida por el contenido del texto. Este artículo deriva de la tesis doctoral titulada Servicio público de salud con enfoque intercultural para las comunidades campesinas de los Andes: el caso de la región de Cusco, Perú, sustentada en la Universidad Regional del Noroeste del Estado de Rio Grande do Sul (UNIJUÍ).

Declaración de uso de inteligencia artificial

Los autores declaran que utilizaron herramientas de inteligencia artificial como apoyo técnico y editorial en la estructuración, corrección de estilo y adecuación del manuscrito al formato de la revista.

Esta asistencia no sustituyó en ningún momento el trabajo intelectual ni el proceso analítico de los investigadores.

El contenido ha sido revisado con diversas herramientas de detección de plagio y generación automática, confirmando su originalidad y autoría humana.

REFERENCIAS

Allebrandt, S. L., & Prediger, S. (2018). *Hermenêutica profunda e pesquisa social: reflexões teórico-metodológicas*. UNIJUÍ.

- Bardin, L. (2001). *Análisis de contenido*. Madrid: Akal.
- Boccaro, G., & Ayala, P. (2011). *Políticas indigenistas en Chile: Historia y antropología de un proceso de inclusión excluyente*. Santiago: Pehuén.
- Boaventura de Sousa Santos. (2010). *Descolonizar el saber, reinventar el poder*. Buenos Aires: CLACSO.
- Boaventura de Sousa Santos. (2018). *Epistemologies of the South: Justice Against Epistemicide*. London: Routledge.
- Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS). (2016). *Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos*. Ginebra: OMS.
- Creswell, J. W., & Poth, C. N. (2018). *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Approaches* (4th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- De la Cadena, M. (2010). Indigenous cosmopolitics in the Andes: Conceptual reflections beyond “politics”. *Cultural Anthropology*, 25(2), 334–370. <https://doi.org/10.1111/j.1548-1360.2010.01061.x>
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2018). *The SAGE Handbook of Qualitative Research* (5th ed.). Los Angeles: SAGE Publications.
- Fricker, M. (2007). *Epistemic Injustice: Power and the Ethics of Knowing*. Oxford University Press.
- Grosfoguel, R. (2007). Decolonizing political-economy and postcolonial studies: Transmodernity, border thinking, and global coloniality. *Cultural Studies*, 21(2–3), 211–223. <https://doi.org/10.1080/09502380601162514>
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Ministerio de Salud (MINSA). (2020). *Informe técnico sobre la implementación del enfoque intercultural en los servicios de salud en regiones andinas*. Lima: Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública.

- Ministerio de Salud (MINSA). (2016). Decreto Supremo N.º 016-2016-SA: Política Sectorial de Salud Intercultural. Lima: MINSA.
- Ministerio de Salud (MINSA). (2014). Norma Técnica de Salud N.º 047-MINSA/DGSP-V.01: Atención del parto vertical con enfoque intercultural. Lima: MINSA.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). Estrategia sobre medicina tradicional 2014–2023. Ginebra: OMS.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2017). Plan de salud para la juventud indígena de América Latina y el Caribe. Washington, D.C.: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2019). Lineamientos para el fortalecimiento de la salud intercultural en América Latina. Washington, D.C.: OPS.
- Pérez, E. (2020). La interculturalidad en salud pública: avances y desafíos en América Latina. *Revista Latinoamericana de Salud Colectiva*, 16(3), 445–462.
- Quijano, A. (2000). Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina. *Revista Internacional de Ciencias Sociales*, 49(4), 583–591.
- Rivera Cusicanqui, S. (2010). *Ch'ixinakax utxiwa: Una reflexión sobre prácticas y discursos descolonizadores*. Buenos Aires: Tinta Limón.
- Saldaña-Tejeda, A. (2017). Salud, cultura y poder: la atención médica a pueblos indígenas en América Latina. México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Sánchez Paredes, R. (2019). La interculturalidad en los servicios de salud del Perú: entre la política y la práctica. *Revista Peruana de Salud Pública*, 36(2), 150–167.
- Santos, M. (2014). La salud intercultural en contextos rurales: aprendizajes y desafíos. *Revista Andina de Estudios Sociales*, 12(1), 87–104.
- Thompson, J. B. (1995). *Ideology and Modern Culture: Critical Social Theory in the Era of Mass Communication*. Stanford University Press.

- Toledo, V. M. (2013). *El metabolismo social: una teoría biofísica del desarrollo histórico*. México: UNAM.
- Unfpa. (2017). *Salud sexual y reproductiva en comunidades indígenas del Perú*. Lima: Fondo de Población de las Naciones Unidas.
- Viveiros de Castro, E. (2015). *Metafísicas caníbales: Líneas de antropología postestructural*. Buenos Aires: Katz Editores.
- Walsh, C. (2008). *Interculturalidad, plurinacionalidad y decolonialidad: Perspectivas críticas desde los Andes*. Quito: Abya-Yala.
- Walsh, C. (2009). *Interculturalidad, Estado, sociedad: Luchas (de)coloniales de nuestra época*. Quito: Abya-Yala.
- Zapata, M., & Gavilán, L. (2021). Salud intercultural y políticas públicas en el Perú rural: desafíos para la equidad territorial. *Revista Peruana de Ciencias Sociales*, 28(1), 55–78.