

## La importancia de la interculturalidad en salud en el Perú

### *The importance of interculturality in health in Peru*

Dante M. Quiñones-Laveriano <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Editor científico de la Revista Peruana de Medicina Integrativa.

En el Perú, la interculturalidad se ha convertido en un eje estratégico para reconfigurar la relación entre los servicios de salud y la diversidad de pueblos que habitan la costa, la sierra y la Amazonía. La experiencia acumulada durante la pandemia de COVID-19 evidenció que la medicina occidental, aplicada de modo uniforme, no basta para responder a realidades marcadas por cosmovisiones propias, prácticas curativas ancestrales y geografías agrestes [1]. Paralelamente, la primera política regional sobre etnicidad y salud, impulsada por la Organización Panamericana de la Salud, reconoció que las brechas étnicas son tan determinantes como la pobreza cuando se trata de sobrevivir a enfermedades prevenibles [2]. Bajo este contexto, el enfoque intercultural emerge como una propuesta ética y técnica que aboga por la participación comunitaria, la traducción lingüística pertinente y la articulación respetuosa de los saberes andinos y amazónicos con la biomedicina en el marco del Sistema Nacional de Salud.

La identidad cultural moldea la forma en que las personas conceptualizan su cuerpo, la etiología de las enfermedades y, por tanto, los caminos que siguen para buscar alivio. En la sierra, la reciprocidad andina (ayni) convierte el cuidado en un acto comunitario que involucra a la familia extensa y al curandero local, mientras que en la Amazonía la salud se vincula con la armonía entre el mundo visible y el de los espíritus, de modo que el canto ícaro o la purga con plantas maestras pueden anteceder o acompañar la consulta biomédica. Esta diversidad de significados del proceso salud-enfermedad explica que, en comunidades rurales de los Andes peruanos, muchas personas recurran primero a tratamientos tradicionales o espirituales, especialmente en casos como las diarreas infantiles, antes de acudir al centro de salud [3]. Reconocer esas lógicas ha permitido a EsSalud capacitar intérpretes quechuas y shipibos, adecuar las historias clínicas para registrar el uso de plantas medicinales y habilitar espacios rituales en algunos establecimientos de su red complementaria de medicina tradicional [4]. Cuando el sistema valida la identidad cultural del paciente, no solo mejora la adherencia terapéutica: también refuerza el sentido de pertenencia y dignidad que sustenta el derecho a la salud.

Las barreras estructurales y culturales, como la lengua materna no castellana, la pobreza persistente, la discriminación sistémica y la falta de reconocimiento de los saberes tradicionales, constituyen obstáculos centrales que limitan el acceso equitativo a servicios de salud adecuados y culturalmente pertinentes. En áreas quechua-hablantes de Ayacucho, un parto puede demorar horas en ser atendido porque la gestante no logra comunicarse con el personal, mientras en la selva asháninka las postas carecen de intérpretes y de botiquines con plantas locales que las familias consideran esenciales.

EDITORIAL E

DOI: [10.26722/rpmi.2025.v10n1.832](https://doi.org/10.26722/rpmi.2025.v10n1.832)

Información del artículo

#### Correspondencia

Dante M. Quiñones-Laveriano  
[dante.quinones@outlook.com](mailto:dante.quinones@outlook.com)

#### Conflictos de interés

El autor declara no tener conflicto de interés.

#### Citar como

Quiñones-Laveriano DM. La importancia de la interculturalidad en salud en el Perú. Rev Per Med Integr. 2025;25(1):7-8. doi:[10.26722/rpmi.2025.v10n1.832](https://doi.org/10.26722/rpmi.2025.v10n1.832)

Aun en Lima, las madres shipibas reportan sentirse juzgadas cuando mencionan el uso de masato o de baños de florecimiento durante el puerperio, lo que se traduce en desconfianza y consultas tardías [5]. La estructura misma del aseguramiento reproduce exclusiones: solo 29 de los cien hospitales de EsSalud ofrecen medicina complementaria, la mayoría en zonas urbanas costeñas, y sus horarios suelen coincidir con las jornadas agrícolas, dejando fuera a la población rural [4]. Además, el gasto de bolsillo para transporte o estadía puede superar el 20 % del ingreso mensual de un hogar campesino, profundizando la inequidad [6]. Si no se desmontan estos muros, la promesa constitucional de salud universal seguirá siendo letra muerta para amplios sectores del Perú multicultural.

La construcción de un modelo de salud intercultural exige, en primer lugar, reconocer la legitimidad epistemológica de la medicina tradicional andina y amazónica. EsSalud ha demostrado que esta validación puede institucionalizarse: su Centro Colaborador de la Organización Mundial de la Salud articula 55 unidades de medicina complementaria donde hierbas como la muña o el jergón sacha comparten espacio con la farmacoterapia estándar, y donde los pacientes pueden decidir, sin coerción, combinar ambas rutas terapéuticas [4]. Sin embargo, integrar no basta; se requiere redistribuir recursos para que las postas rurales cuenten con boticas de fitopreparados y con personal bilingüe que dialogue con parteras y hueseros. Esta horizontalidad se apoya en procesos de investigación colaborativa que priorizan la producción de evidencia situada y la gobernanza local de las políticas sanitarias [1]. Al mismo tiempo, la coproducción de conocimiento clínico con pacientes y curadores populares, modelo ya aplicado en programas de diabetes intercultural en la selva central, mejora la pertinencia y la adherencia terapéutica [7]. Solo articulando evidencia biomédica, saberes ancestrales y justicia distributiva se cerrará la brecha que separa la promesa constitucional de salud universal de la vivencia cotidiana de los pueblos originarios.

Así pues, impulsar una salud intercultural en el Perú implica pasar de la tolerancia simbólica a la corresponsabilidad efectiva entre Estado y pueblos originarios. Las experiencias de EsSalud demuestran que el diálogo clínico con plantas y rituales locales puede aumentar coberturas y reducir costos, mientras que la investigación fortalece la capacidad de respuesta ante crisis sanitarias futuras [1,4]. Al desmontar las barreras lingüísticas, económicas y epistémicas señaladas por la evidencia, el sistema público no solo mejora indicadores, sino que

repara históricas relaciones de poder que limitaron la voz indígena [6]. El reto inmediato consiste en escalar políticas de formación intercultural, financiar la producción certificada de fitomedicamentos y crear mecanismos de rendición de cuentas comunitarios. Solo así la interculturalidad se convertirá en praxis cotidiana, capaz de garantizar un derecho a la salud digno, inclusivo y coherente con la diversidad que define al país. Asimismo, es indispensable respaldar cada intervención con evidencia científica rigurosa que demuestre su eficacia terapéutica y su perfil de seguridad. Sin datos sólidos que evalúen resultados clínicos y riesgos potenciales, cualquier innovación corre el riesgo de perder legitimidad y de minar la confianza de las comunidades a las que busca servir.

## Referencias bibliográficas

1. Herrero M, Greco A. Investigación soberana para el buen gobierno en salud. Desafíos y oportunidades. *Debate Público*. 2024;14(28):147-159. doi:[10.62174/DPdp.10110](https://doi.org/10.62174/DPdp.10110)
2. Del Pino S, Coates AR, Guzmán JM, Gómez-Salgado J, Ruiz-Frutos C. Política sobre etnicidad y salud: construyendo soluciones equitativas frente a las desigualdades étnicas. *Rev Esp Salud Publica*. 2018;92:e201809059. doi:[10.4321/S1135-57272018000100059](https://doi.org/10.4321/S1135-57272018000100059)
3. Nuño N, Wallenborn J, Mäusezahl D, Hartinger SM, Muela J. Socio-cultural factors for breastfeeding cessation and their relationship with child diarrhoea in the rural high-altitude Peruvian Andes – a qualitative study. *Int J Equity Health*. 2021;20:165. doi:[10.1186/s12939-021-01505-3](https://doi.org/10.1186/s12939-021-01505-3).
4. Vallejos-Gamboa J, Huaccho-Rojas JJ, Villar-Lopez M. EsSalud, WHO Collaborating Center for Traditional and Complementary Medicine in Peru. *Complement Med Res*. 2020;27(4):284–5. doi:[10.1159/000505901](https://doi.org/10.1159/000505901)
5. Cárdenas C, Pesantes M, Rodríguez A. Interculturalidad en salud: reflexiones a partir de una experiencia indígena en la Amazonia peruana. *Anthropologica*. 2017;35(39):151–70. doi:[10.18800/anthropologica.201702.007](https://doi.org/10.18800/anthropologica.201702.007)
6. Vargas L. El sistema público nacional de salud desde la perspectiva de la interseccionalidad en la línea de Frantz Fanón. *Salud Vida*. 2020;4(7):56–73. doi:[10.35381/s.v.v4i7.644](https://doi.org/10.35381/s.v.v4i7.644).
7. Rojas S. Aportes para la comunicación en salud intercultural: la coproducción de conocimiento en diabetes. *Rev Comun Salud*. 2017;7(1):187–98. doi:[10.35669/revistadecomunicacionysalud.2017.7\(1\).187-198](https://doi.org/10.35669/revistadecomunicacionysalud.2017.7(1).187-198)