

“Cierre de brechas en productos priorizados del Programa Articulado Nutricional”
Contrato de Préstamo N° 7961-PE

**“ACTUALIZACIÓN DEL MARCO ESTRATÉGICO DE PLANEAMIENTO INDÍGENA:
RECOMENDACIONES PARA LA SUPERACIÓN DE LAS BARRERAS QUE LIMITAN EL
ACCESO DE LA POBLACIÓN INDÍGENA AL PROGRAMA JUNTOS Y A LOS SERVICIOS
DE NUTRICIÓN DE SALUD ASOCIADOS”**

Lima, abril del 2017

Documento elaborado en el marco del Proyecto “Cierre de brechas en productos priorizados del Programa Estratégico Articulado Nutricional” (actividad 3.2.19 Actualización del diagnóstico social y las recomendaciones del marco estratégico de planeamiento indígena para el proyecto SWAP; del Plan Operativo del Proyecto) por la Pontificia Universidad Católica del Perú (Centro de Investigaciones Sociológicas, Económicas, Políticas y Antropológicas - CISEPA), bajo el Contrato F-012-0-7961 a solicitud de la Dirección General de Presupuesto Público y a través de la Unidad de Coordinación de Cooperación Técnica y Financiera.

INDICE

I. INTRODUCCIÓN:	3
II. PRINCIPALES HALLAZGOS EN LOS QUE SE FUNDAMENTAN LAS RECOMENDACIONES:	4
III. RECOMENDACIONES GENERALES	8
i. Para el Gobierno Local y el Monitoreo Social:	8
ii. Para la participación comunitaria:	8
iii. Para los servicios de salud, identidad y programas sociales:	8
IV. RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS	10
i. COMPONENTE 1: FORTALECIMIENTO Y CONSOLIDACIÓN DEL PROGRAMA JUNTOS PARA FAMILIAS CON NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS	10
ii. COMPONENTE 2: FORTALECIMIENTO DE COBERTURA Y CALIDAD DE LA OFERTA DE SERVICIOS NUTRICIONALES EN DISTRITOS DE JUNTOS	16
iii. COMPONENTE 3: FORTALECIMIENTO DE LA CAPACIDAD DEL GOBIERNO DEL PERÚ PARA INFLUENCIAR LOS RESULTADOS NUTRICIONALES	27

I. INTRODUCCIÓN:

El presente documento ofrece recomendaciones para la actualización del Marco Estratégico de Planeamiento de los Pueblos Indígenas (MEPI), las que se formulan sobre la base de los resultados de la actualización del Diagnóstico Social realizado por CISEPA. Para la elaboración de este documento se tomó en cuenta el MEPI inicial elaborado por el MEF en 2010: “Recomendaciones para la superación de las barreras que limitan el acceso de la población indígena al Programa JUNTOS y a los servicios de nutrición y salud asociados”¹.

Si bien es cierto que el estudio de campo para la actualización del Diagnóstico Social se ha realizado en la zona de intervención del proyecto (Nieva- Condorcanqui- Amazonas) y en la de comparación (Río Tambo-Satipo-Junín) y las recomendaciones surgen de un análisis de la situación encontrada en estos ámbitos, se ha buscado que éstas tengan aplicabilidad y relevancia para poblaciones similares, es decir, localidades de la Amazonía peruana con presencia mayoritaria de población indígena.

Es así que el documento se enmarca en la actuación del proyecto “Cierre de brechas en productos priorizados del Programa Articulado Nutricional” bajo la modalidad de Enfoque Sectorial Amplio de Apoyo Financiero (SWAP). El objetivo del Proyecto es apoyar los esfuerzos del Programa Articulado Nutricional (PAN) para lograr su propósito general de reducir la desnutrición crónica infantil en el país, con especial atención a las poblaciones rurales e indígenas de Amazonas, Cajamarca y Huánuco. Se pone especial énfasis en las poblaciones indígenas de la Amazonía Peruana pues es en esas regiones y entre esa población que existen los mayores rezagos en cuanto a la desnutrición crónica infantil como se ha señalado en el Diagnóstico Social elaborado por esta consultoría.

Por ello, estas recomendaciones se formulan considerando los tres componentes principales de la intervención del proyecto SWAP: i) Fortalecimiento y consolidación del Programa JUNTOS para las familias con niños menores de 36 meses, ii) Mejora de la cobertura y la calidad de la provisión de los servicios preventivos de salud y nutrición en las áreas donde opera el Programa JUNTOS, y iii) Fortalecimiento de la capacidad del gobierno para influir en los resultados nutricionales, mediante la mejora en la capacidad de programación presupuestaria y el seguimiento de los resultados de las actividades seleccionadas en el PAN.

Este documento ofrece las principales recomendaciones para la actualización del MEPI, las que se basan en los hallazgos obtenidos en la actualización del Diagnóstico Social los que se sostienen tanto en la evidencia cuantitativa proveniente de fuentes secundarias y primarias, como en evidencia cualitativa recogida en base a testimonios de actores claves en campo para el caso de los actores locales, como en Lima para el caso de los co-ejecutores.

¹ MEF (2010) Marco de Referencia para la ejecución del Plan Indígena, Proyecto SWAP, Lima

II. PRINCIPALES HALLAZGOS EN LOS QUE SE FUNDAMENTAN LAS RECOMENDACIONES:

La actualización del diagnóstico social incluyó un estudio cuantitativo y uno cualitativo de poblaciones indígenas. El estudio cualitativo se realizó en la población awajún (en la provincia de Condorcanqui) y ashaninka (en la provincia de Satipo)². Del estudio cuantitativo, comprendido en el Diagnóstico Social, se presentan los principales resultados y cifras:

La desnutrición crónica (DC) en menores de 5 años ha mostrado una importante reducción entre 2011 al 2015, principalmente en ámbitos rurales. En cuanto a las regiones naturales, la selva es la que ha mostrado el mayor decremento (28%), seguido de la región sierra, sin embargo, aun el 20.3% de niños menores de 5 sufren de desnutrición crónica en la región selva, muy por encima del promedio nacional de 14.4%³.

Al analizar la DC en menores de 5 años según lengua materna, el escenario es poco alentador. Se evidencia que para el periodo 2009 a 2015, entre los niños y niñas que hablan aymara o lenguas amazónicas, la DC se ha reducido tan solo en 2.8 y 4.7 puntos porcentuales, respectivamente. Cabe notar sin embargo que entre los menores de 5 años aymaras la DC es menos de la mitad que entre los amazónicos⁴. En contraste, en los niños cuya lengua es el castellano o quechua, se evidencia una reducción de 8 y 16.1 p.p. respectivamente.

Estas cifras inciden en la importancia de seguir realizando esfuerzos para reducir la DC entre niños y niñas indígenas. Para mejorar el impacto y sostenibilidad de las acciones del PAN éstas debe ser pertinentes y estar adecuadas a las configuraciones organizacionales, sociales y culturales de las zonas con presencia de estas poblaciones indígenas tanto en la sierra como en la selva.

La distribución territorial de la población indígena es fundamentalmente rural; según datos de la ENAHO 2015, el 49% de la población cuya lengua nativa es quechua vive en zona rural, el 53.2% de aymaras y el 87.5% de personas con otras lenguas nativas (donde se incluyen etnias amazónicas). Por ello, las políticas y programas de desarrollo deben priorizar el entorno rural.

Asimismo, la educación es un aspecto clave. El 44% de la población indígena amazónica mayor de 15 años alcanza solo un nivel de primaria incompleta; únicamente el 14.5% tienen secundaria completa y menos del 5% educación superior. Cerca del 22% son analfabetos⁵. Estas brechas de acceso a la educación evidencian la necesidad de estrategias educativas específicas para la población indígena.

El acceso al agua por red pública es aún limitado entre la población indígena, únicamente el 27.3% de los hogares de la provincia de Condorcanqui y 19.1% de la de Satipo cuentan con este servicio⁶.

El estudio cualitativo comprendido dentro de la actualización del diagnóstico social, pone en evidencia una serie de hallazgos que se detallan en dicho documento² y que se presentan a manera de resumen en esta sección. Uno de estos hallazgos revela que la organización indígena es heterogénea, no solo por la conformación de sus directivas, sino también por su nivel de liderazgo y representatividad. Es también diversa la relación de la organización comunal, con sus federaciones o representación provincial o regional así como con las instituciones públicas y la población en sí misma. Esta característica influye en el rol que cumple la organización comunal

² Ver CISEPA “Actualización del diagnóstico social y las recomendaciones del marco estratégico de planeamiento indígena para el proyecto SWAP” Informe presentado a la UCPS-MEF y al BM. Lima febrero 2017.

³ INEI. ENDES 2011, pág. 266-267, cuadro 10.9.1 A y 10.9.1.B. Lima 2012, INEI. ENDES 2015, pág. 312-313 cuadro 10.17 y 10.18. Lima 2016

⁴ CISEPA, “Actualización del Diagnóstico Social” pág. 18, cuadro 8. Lima febrero 2017.

⁵ Fuente INEI, ENAHO 2007, 2009 y 2015.

⁶ INEI: SISFOH empadronamiento 2012-2013.

indígena en cuanto la vigilancia de los servicios, la interlocución con las instituciones públicas y su rol en el desarrollo del territorio.

Un buen ejemplo de esto son las comunidades ashaninkas, en las cuales el jefe de la comunidad es una figura representativa, con liderazgo que influye para que las familias acudan a los servicios de salud e inclusive a la vacunación y controles CRED, promoviendo el uso de estos servicios. Asimismo, el jefe y la directiva comunal realizan una labor de vigilancia al funcionamiento del centro de salud y de la institución educativa, fundamentalmente en lo que respecta a la asistencia del personal. Algunas directivas vigilan también el trato brindado a los usuarios indígenas. Otro aspecto importante es el claro respaldo y la existencia de canales de comunicación entre la organización comunal y las centrales de federaciones, lo que ayuda en la vigilancia de la Red de Salud y la Unidad de Gestión Educativa Local (UGEL) para que tomen acciones correctivas en el caso de haber denuncias por parte de los usuarios indígenas.

La representatividad y liderazgo de las organizaciones comunales no es el común denominador en todas las etnias. Entre los awajún de Amazonas, las organizaciones comunales se encuentran debilitadas, por lo que no ejercen liderazgo en las familias, ni es sólida su interrelación con las federaciones indígenas amazónicas. Esto no favorece la vigilancia social para el adecuado funcionamiento de las instituciones públicas, ni permite que estas organizaciones sean un soporte de estas instituciones para promover el uso de los servicios y programas sociales. Por esta razón, el fortalecimiento organizacional es clave como una de las acciones de soporte de cualquier intervención en la población indígena.

La economía en la población indígena amazónica es fundamentalmente de subsistencia; las mujeres trabajan la chacra para obtener alimentos como la yuca, el plátano, entre otros; los hombres generalmente, son los encargados de la caza en tanto que la pesca, que se realiza en la temporada seca (junio a octubre), es una actividad en la que participa de toda la familia.

En los últimos años, se ha incrementado el cultivo de productos que pueden ser comercializados, por ejemplo en Nieve y Río Tambo se ha encontrado cultivos de cacao que se van extendiendo, pudiendo encontrarse otros productos para el mercado como el ajonjolí.

Por otra parte, debido al cambio climático y otros factores, la caza y pesca, no son tan eficientes ni frecuentes, pues ahora tienen que ir a mayor distancia para encontrar animales de monte o aves silvestres. Este es un factor sumamente importante a tener en cuenta para intervenciones complementarias, pero fundamentales orientadas a garantizar su seguridad alimentaria y nutricional.

Adicionalmente, dada la amplia variedad de alimentos que componen la dieta familiar, como animales de monte, aves silvestres, insectos (algunos tipos de gusanos), frutas, peces, leguminosas y otros, es necesario que el personal de salud conozca estas variedades, a fin de incorporar estos alimentos a las recomendaciones sobre nutrición adecuada en especial para niños y gestantes. En el Diagnóstico Social se ha encontrado que lejos de realizar esta práctica, el personal de salud muestra cierta reticencia y reparo en promover el consumo de estos alimentos nativos, debilitando la confianza y la aceptación de la consejería nutricional.

En relación a las configuraciones culturales, resulta importante entender la cosmovisión bajo la que cada una de las etnias construye su cotidaneidad y el imaginario bajo el cual da explicación a los eventos que ocurren en su vida y en su entorno.

Como resultado de la actualización del Diagnóstico Social se resalta la importancia de que los decisores, formuladores y operadores de políticas comprendan que una de las barreras culturales a superar es la diferente concepción de salud-enfermedad que tiene la población indígena con respecto a la de los proveedores de servicios de salud y educación, entre otros. Para la población indígena, enfermedad y salud actúan como categorías excluyentes y opuestas, esto hace que resulte difícil para ellos comprender que las vacunas, suplementos de hierro y otros productos preventivos, no son medicinas, sino que están dirigidos al niño sano. Esta percepción se agrava aún más cuando se presentan efectos secundarios como consecuencia del uso de estos productos, en especial para el caso de las vacunas. En consecuencia, cuando

se presentan estos efectos secundarios, la población local “afirma” que estos productos no curan, sino que “enferman” a los niños.

Además de ello, para la población indígena amazónica, la enfermedad es multicausal, resultado de factores biológicos, sociales y sobrenaturales; por ejemplo, las malas relaciones sociales, la brujería, espíritus, entre otros. Esto hace que la población busque tanto los sistemas tradicionales como los occidentales en forma paralela o en casos extremos únicamente el tradicional. El desconocer o minimizar el peso de estos factores por parte del sistema de salud, genera un mayor alejamiento de la población indígena. De aquí que resulta importante comprender el sistema tradicional (chamanes, sanadores, sobadoras, parteras, etc.) y buscar alianzas de colaboración con los agentes tradicionales de salud a fin de que la población no se vea forzada a tomar decisiones excluyentes.

La evidencia antropológica aunque limitada⁷ da luces para entender algunos patrones comunes de la crianza temprana entre la población indígena amazónica:

- El primer patrón es el cuidado de las niñas y niños, que recae casi totalmente en la madre, especialmente durante los primeros años de vida. Aunque esto no resta que algunas decisiones sean tomadas también por el padre y que se presenten situaciones en que incluso el padre prohíba el que se lleve al niño al centro de salud, que reciba vacunas o micro nutrientes, como fue encontrado en la fase de campo . Estos hallazgos alertan sobre la importancia de fortalecer capacidades tanto en madres, como padres de familia en temas salud, nutrición y crianza.
- El segundo patrón es la noción de la *cutipa*: se cree que los alimentos ingeridos por una gestante transfieren al bebé características físicas del animal consumido. Esto conlleva a la prohibición de consumo de algunos alimentos.
- Un tercer patrón cultural es la creencia que la madre después del alumbramiento, sigue conectada a su hijo a través de la lactancia. Por ello, su alimentación tiene una serie de tabúes para evitar “pasar el daño” al lactante, así como una serie de alimentos recomendables. La relación específica de los alimentos “tabú” así como de los recomendados puede variar entre los diferentes grupos étnicos amazónicos, pero en todos existen estas normas de alimentación.
- El cuarto patrón son las dos semanas de “guarda” después del nacimiento; en este periodo la madre y el padre evitan o restringen las salidas de casa, pues el recién nacido se encuentra débil; la “guarda” termina con la caída del cordón umbilical. Este tiempo podría ser aprovechado para brindar acompañamiento a los padres en cuanto a lactancia, alimentación de la madre, la importancia de las vacunas, entre otros.
- El quinto patrón está referido a la lactancia materna, que es prolongada⁸, esto tiene efectos positivos en cuanto al desarrollo y la salud infantil, además de prolongar el efecto anovulatorio, protegiendo así también la salud de la madre. La evidencia etnográfica señala la práctica de lactancia materna hasta por dos años entre los pueblos indígenas amazónicos.

Estas prácticas fueron encontradas también en un estudio reciente realizado en la población awajún de Condorcanqui, donde se concluye que⁹: a) La lactancia materna es prolongada, habitualmente hasta el año y medio, b) La alimentación complementaria se inicia aproximadamente a los 4 meses, el llanto del menor es interpretado como una demanda por alimentos adicionales y c) La población indígena no entiende el valor y función de los multivitamínicos (MMN) (“chispitas”) y por ello le atribuyen efectos secundarios, en especial diarrea en las niñas y niños que los ingieren. También se tiene evidencia en campo¹⁰ de que, durante las frecuentes festividades, las niñas y niños son alimentados solo con masato por períodos de hasta tres días, lo que puede contribuir a la incidencia de DC.

⁷ UNICEF-UNMSM. (2012) “Para que crezcan bien: Crianza y capacidades en niñas y niños ashaninka, shipibo y yine del Ucayali”. Lima

⁸ De Vore, Irvin (ed). (1979) Man the Hunter. Aldine Pub. N.Y.

⁹ Medina, Armando: Estudio sobre Multivitamínicos BM, Lima noviembre 2015.

¹⁰ Aramburú, Carlos y Bedoya, Eduardo (2012): La dinámica del cambio en las comunidades del Bajo Urubamba: Informe a PLUSPETROL, Lima

Un conjunto adicional de hallazgos identificados en el trabajo de campo y en las entrevistas a co-ejecutores en Lima, es el rol clave del Gobierno Local como eje articulador, tanto en cuanto al liderazgo en torno a la meta de disminuir la DC infantil, como en la vigilancia y trabajo coordinado de los servicios del PAN. La acción articuladora de los GL en la zona de intervención se ha basado en dos herramientas de gestión: el monitoreo social (MS) y el Padrón Nominado (PN). El MS, instalado en el GL a partir de la asistencia técnica de los consultores del MEF, facilita el seguimiento de la cobertura y calidad de los servicios del PAN (salud, nutrición, acceso a la identidad y a los programas sociales) y también la orientación a la población así como la recepción de sus demandas y expectativas a través de las asambleas desconcentradas. El PN por su parte es una herramienta de uso compartido por los diferentes sectores que permite identificar tempranamente a las niñas y niños para asegurar su acceso a estos servicios y la protección de sus derechos. El rol del gobierno local es esencial pues es el nivel de gobierno más cercano a la población, por lo que debe conducir el desarrollo de su ámbito y liderar la articulación intersectorial para la mejora del acceso y la calidad de los servicios públicos.

Un tema pendiente es el de definir la instancia gubernamental que a futuro proporcione la asistencia técnica para replicar y escalar esta experiencia a otras zonas de población indígena en el país con las mayores brechas de DC. Si bien los GL son los actores centrales en esta iniciativa, es poco probable que por sí solos puedan contar con las competencias y experiencia para replicar esos buenos resultados. Este es un tema que excede los propósitos de esta consultoría pero nos parece importante mencionarlo para asegurar que las lecciones aprendidas en el transcurso del proyecto SWAP se aprovechen y lleguen a otras zonas del país.

III. RECOMENDACIONES GENERALES

Las recomendaciones generales son transversales a los diferentes componentes del proyecto y sirven de soporte a las estrategias específicas, ordenadas por cada uno de los componentes descritos en los acápite s siguientes. Estas recomendaciones generales se relacionan específicamente con el objetivo de mejorar la inclusión de la población indígena en el acceso a servicios de calidad del PAN.

i. Para el Gobierno Local y el Monitoreo Social:

El GL debe cumplir un rol articulador clave para la vigilancia de la entrega, cobertura y calidad de los servicios del PAN. Para ello es necesario institucionalizar el MS para que este involucre a todos los sectores que ofrecen estos servicios y para que mediante las asambleas descentralizadas se asegure la participación y consulta con la población indígena y se ofrezca información sobre los servicios y condiciones de los programas sociales (en especial sobre JUNTOS) y se recojan sus expectativas, quejas y demandas. El PN debe asimismo ser una herramienta de uso común para todos los sectores involucrados y permitir la afiliación temprana de niñas y niños indígenas a los programas y servicios a los que tienen derecho.

El Monitoreo Social debe contar con el liderazgo y recursos básicos por parte del gobierno local (mínimamente un personal CAS encargado del mismo) así como de las instituciones públicas participantes, para lo cual es necesario que estos compromisos presupuestales no queden únicamente a discreción de los funcionarios en cargo, sino que sean compromisos institucionales.

ii. Para la participación comunitaria:

La participación de los líderes indígenas debe ser pro-activa y no solo consultiva, incorporando a los Apus y a otros líderes locales al MS y a la canalización de quejas y demandas como se precisa más adelante. Para ello es necesario que los funcionarios públicos locales conozcan quienes son estos líderes y les den el reconocimiento y atención que merecen.

Asimismo, la mejora de la aceptación y uso de los servicios de salud y de los programas sociales, amerita incorporar a los recursos locales de salud (chamanes, curanderos, parteras, etc.) en la difusión y apoyo de las intervenciones en salud, especialmente las preventivas (vacunas, nutrición y crianza), pues independientemente de su forma de organización, estos recursos humanos pueden contribuir a incentivar la demanda de los programas sociales y servicios de salud. Además, las directivas comunales deben ayudar a vigilar el normal funcionamiento de los establecimientos de salud.

Por tanto, para que exista una mayor participación de las directivas comunales se requiere fortalecerlas mediante la capacitación y la asistencia técnica en gestión organizacional asegurando que estas funciones figuren en sus estatutos. En el caso de los recursos humanos locales en salud, se necesita capacitarlos en temas de salud materno-infantil, acceso temprano a la identidad, rol de JUNTOS y del SIS, haciendo énfasis en su función como aliados del sistema de salud. Estas acciones de fortalecimiento de roles, que deben estar claramente definidos tanto en los instrumentos de gestión locales como en la práctica, contribuirán a la participación comunitaria.

Otras acciones para mejorar la participación comunitaria se relacionan a la asistencia técnica para que se elaboren planes comunales, donde se incluyan acciones que contribuyan a la mejora de los servicios y a la participación y organización de las asambleas descentralizadas como parte del MS, en las que deben participar el personal de salud, de JUNTOS, de OREC y de otros sectores involucrados en el PAN.

iii. Para los servicios de salud, identidad y programas sociales:

Este componente involucra dos aspectos a nivel de recomendación general; el primero referido a la gestión del personal de servicios y el segundo a su capacitación.

Como se ha señalado en el Diagnóstico Social de esta consultoría, una de las barreras principales para asegurar la cobertura, continuidad y calidad de los servicios que forman parte del PAN es la alta rotación de personal tanto directivo como asistencial. Para disminuir esto se requieren niveles salariales diferenciados, contratos de mayor duración y otros incentivos referidos a los días de descanso y a las facilidades de transporte a las localidades de residencia habitual de los servidores públicos.

Un segundo tema, que además también se percibe como un incentivo por los funcionarios locales entrevistados, es el de su capacitación e inducción en temas de interculturalidad, especialmente en el tema de las creencias, conocimientos y prácticas de la salud tradicional. Es indispensable que el personal de salud, pero también el de los programas sociales, reciba una inducción para entender mejor la cultura sanitaria local. Ello mejoraría la comunicación, aceptabilidad y uso de los servicios y programas del PAN.

Para fortalecer las competencias del personal de los servicios, se recomienda que la supervisión y la asistencia técnica a las Micro Redes y a los establecimientos de salud, resalten no solo los aspectos administrativos, sino también los sustantivos referidos a la adecuación cultural de los servicios, verifiquen la existencia y uso de materiales de orientación al usuario culturalmente relevantes y la mejora de la comunicación inter-personal.

iv. Para el diseño de estrategias y políticas del PAN:

Las intervenciones del PAN a favor de las poblaciones indígenas deben asegurar que se incluya una perspectiva intercultural y territorial específica para asegurar la aceptabilidad y uso de los servicios que se ofrece. Para ello lo primero es contar con **estudios etnográficos específicos**, que ayuden a comprender los conocimientos, actitudes y prácticas en torno a la salud y la nutrición de cada una de las etnias involucradas.

Estos estudios podrían ser liderados por el Ministerio de Cultura con participación de instituciones académicas especializadas y contar con participación activa del Ministerio de Salud, SIS, RENIEC y JUNTOS; quienes deberán identificar con mayor especificidad las variables que deben ser estudiadas en cada una de las etnias intervenidas. Es recomendable además que los resultados de estos estudios sean discutidos con los líderes indígenas en asambleas comunales para validarlos y asegurar su relevancia y operatividad.

Los resultados validados de estos estudios deben ser el insumo principal para la inducción y capacitación del personal local tanto de salud, como de JUNTOS y RENIEC. Servirán asimismo para orientar la supervisión y asistencia técnica hacia los puntos de entrega de los servicios del PAN.

Se recomienda que se mantenga y consolide la práctica de desagregar los indicadores del PAN según lengua materna, pues ello, permitirá un seguimiento más preciso de las brechas que en DC, nutrición e identidad enfrentan las poblaciones indígenas. La inclusión en el próximo censo nacional de la etnicidad por auto-identificación debe asimismo permitir ajustar este indicador en forma más precisa hasta el nivel distrital.

IV. RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS

En esta sección ofrecemos las recomendaciones específicas para cada uno de los tres componentes del proyecto SWAP. Cada sección consta de un resumen de la evidencia encontrada en la actualización del Diagnóstico Social y una matriz que resume las recomendaciones para cada componente específico. En esta matriz se detalla la entidad responsable, la recomendación según sea a corto, mediano o largo plazo, la relación con el MEPI inicial y los mecanismos para su implementación y seguimiento.

i. COMPONENTE 1: FORTALECIMIENTO Y CONSOLIDACIÓN DEL PROGRAMA JUNTOS PARA FAMILIAS CON NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS

- Resumen del diagnóstico que fundamenta las recomendaciones

- El Programa JUNTOS para su adecuada operación tiene aliados estratégicos como son Salud, Educación, RENIEC y el Gobierno Local. La interrelación con estos aliados locales se ha visto favorecida por el monitoreo social, como ya se ha indicado, pues éste integra y articula a los diferentes actores en el territorio, permitiendo coordinaciones interinstitucionales, así como articular y compartir bases de datos únicas incorporadas en el PN. El uso de este padrón por parte de JUNTOS no responde a una disposición nacional, por ello se sugiere fomentar esta buena práctica para todo el Programa JUNTOS.
- El PN ha ayudado al Programa JUNTOS a realizar un trabajo focalizado, identificando los lugares donde se presentan los mayores problemas de identificación de niños y madres que deberían ser cubiertos por este Programa, así como la falta de cobertura tanto de salud como del SIS. Para ampliar la cobertura se sugiere reforzar las campañas de afiliación y orientación aprovechando la capacidad de convocatoria que tiene este Programa.
- Las barreras para el acceso o cumplimiento de las corresponsabilidades en el Programa JUNTOS han ido reduciéndose aunque algunas aún se mantienen. Pese al difícil acceso geográfico, JUNTOS ha logrado un mayor acercamiento a la población usuaria más alejada.
- Otras barreras son las asociadas al empadronamiento, actualmente realizado por la ULE (Unidad Local de Empadronamiento), debido a las barreras geográficas y financieras. Si bien es cierto que los pueblos indígenas automáticamente son catalogados como pobres extremos, es necesario además la clasificación individual realizada por ULE. En la práctica ello deja fuera a familias indígenas que por su lejanía geográfica o cultural no acceden al empadronamiento individual de la ULE.
- La coordinación entre la ULE y JUNTOS requiere fortalecimiento, así también es necesario que los usuarios conozcan las responsabilidades de la ULE en cuanto a la clasificación socioeconómica o empadronamiento, pues los reclamos son realizados antes el gestor y no en la ULE.
- Además, existen demoras para la calificación socioeconómica de las familias, pues las fichas son enviadas a Lima y su procesamiento demora algunos meses.
- En relación al cumplimiento de condicionalidades, las barreras presentadas en el componente 2, influyen dramáticamente en su cumplimiento. Por otra parte, el personal de salud señala que JUNTOS tiene capacidad de convocatoria y ayuda a estimular la demanda de los servicios de salud, sin embargo, debe incluirse como parte de las condicionalidades el parto institucional y el cumplimiento del calendario de vacunación en niños menores de 3 años.

- Se han reportado a través de los testimonios la imposición de algunas condiciones adicionales a las usuarias de JUNTOS como por ejemplo faenas de limpieza, hecho que genera malestar entre las usuarias. Frente a ello, podrían funcionar los módulos de quejas, aunque éstos no están lo suficientemente institucionalizados y difundidos entre la población rural. Por ello, se requiere difundir en los medios locales (radios locales y regionales) el derecho a la queja y canalizarlas a través de los APUS y líderes comunales en las asambleas descentralizadas, haciendo seguimiento a su resolución.
- En cuanto al monitoreo de cumplimiento de las condicionalidades, si bien es cierto que ya se está implementando por parte del Programa la verificación automática, en la zona aun depende de la verificación manual del mismo gestor, esto debido al retraso de la información por parte del SIS que, como se informa desde el Programa, presenta un retraso de hasta 2 meses.
- Además es importante señalar que algunas usuarias y líderes locales creen que cuando una madre es suspendida por incumplimiento, el gestor es quien se “queda con el dinero”, por lo que es frecuente que pregunten sobre el destino del dinero no otorgado a la usuaria.
- Una de las estrategias recientes, implementadas por el Programa es el acompañamiento familiar o visitas domiciliarias, que se realizan fundamentalmente a las familias en riesgo, es decir, aquellas que tienen niños con anemia o DC. Estas visitas son útiles para mejorar prácticas y requieren una mayor coordinación con los establecimientos de salud, dado que pueden favorecer sinergias con resultados favorables para la población.

Recomendaciones para el Componente 1:

Dimensiones clave	Responsable de ejecución propuesto	Recomendaciones de Corto Plazo (Vida del Proyecto)	Situación respecto al MEPI	Mediano y Largo Plazo (Sostenibilidad y Réplica)	Mecanismo de implementación (MdI) y seguimiento (MdS)
Componente I: Fortalecimiento y consolidación del Programa Juntos para familias con niños menores de 5 años					
Sistema de Información	JUNTOS en coordinación con los Gobiernos Locales	En la medida que se han descontinuado las campañas comunicacionales de JUNTOS en el ámbito del proyecto, reiniciar las campañas radiales, radionovelas, entre otras, empleando el material que fue elaborado en el marco del proyecto SWAP ¹¹ .	Estrategia 1.3.1. Referido a que el SIS publique información a lo que tienen derecho las mujeres indígenas y sus hijos. Estrategia 1.3.3. Se menciona que toda la documentación del Programa, debe ser culturalmente adecuada, además se recomienda que se incluyan las condicionalidades en el Convenio de Compromiso. La estrategia de comunicación señalada enfatiza la comunicación individual y a través de algunos documentos del SIS	Institucionalizar las campañas comunicacionales, a fin de que sean sostenidas y periódicas, con información sobre acceso a JUNTOS, condicionalidades, beneficios de la afiliación temprana y retiro por incumplimiento. Estas campañas deben ser culturalmente adecuadas tanto en contenido ("para que los niños vivan mejor") como en forma, priorizando la oralidad, materiales gráficos con iconografía local y difusión presencial en las asambleas descentralizadas y ferias ¹² .	MdI: Para el fortalecimiento de estas campañas el GL debe gestionar alianzas con las radios locales y debe establecer también mecanismos de difusión comunal como son el uso de altoparlantes comunales, los cuales son manejados por los dirigentes indígenas. MdS: Los Gobiernos Locales deben asegurar que las campañas se realicen en toda su jurisdicción, para lo cual deben coordinar con los dirigentes y líderes comunales. MdS: JUNTOS debe realizar evaluaciones intermedias y finales para medir los resultados de las campañas.

¹¹ El material comunicacional elaborado en el marco del Proyecto forma parte del acervo de materiales de JUNTOS.

¹² Las campañas y material comunicacional deben tener como base la Consultoría "Diseño de Estrategia de Comunicación para el cambio de comportamiento", elaborada por Max Tello, en el marco del Proyecto SWAP. Así como los materiales ya elaborados y empleados con los que cuenta JUNTOS.

Dimensiones clave	Responsable de ejecución propuesto	Recomendaciones de Corto Plazo (Vida del Proyecto)	Situación respecto al MEPI	Mediano y Largo Plazo (Sostenibilidad y Ráplica)	Mecanismo de implementación (MdI) y seguimiento (MdS)
Componente I: Fortalecimiento y consolidación del Programa Juntos para familias con niños menores de 5 años					
Afiliación Temprana	JUNTOS Gobierno Local	Difundir los mecanismos establecidos en los módulos de queja a las usuarias; para ello se sugiere emplear la radio, así como informar a los líderes comunales sobre todos estos canales.	No figura en MEPI original	Los Apus, jefes o líderes locales deben ser informados y entrenados en el acceso y uso a los módulos de quejas, de manera que difundan y apoyen a las personas que quieran hacer uso de este módulo. Sus informes se presentan en las asambleas descentralizadas	MdI: Difusión a cargo de los gestores de JUNTOS. Emplear además radios locales, para la difusión de los mecanismos de acceso al módulo de quejas.
	SIS	Continuar con el fortalecimiento del intercambio de base de datos entre SIS ¹³ y JUNTOS, para la verificación en campo del cumplimiento de los requisitos. Para ello, es necesario que Salud fortalezca los puntos de digitación y los recursos humanos, así como continuar con las campañas de actualización de datos.	Estrategia 1.1.1 del MEPI requiere mayor y mejor comunicación entre los programas y hacia la población.		MdI: Implementar más puntos de digitación y facilitar la conectividad en tiempo virtual de estos puntos. MdS: Verificación de puntos de digitación operando.
	MIDIS- SISFOH Gobierno Local		En el MEPI original, no existía la ULE, sino el SISFOH. La estrategia 1.2.2. Relacionada a afiliación oportuna, está referida principalmente a la obtención del CUI (medida temporal) y a que la madre acuda al establecimiento de salud.	Identificar costos de desplazamientos a las comunidades, desde la ULE (Unidades Locales de Empadronamiento) e insumos logísticos y personal a requerir, para dotar de los recursos necesarios a las ULE y garantizar su adecuado funcionamiento y cobertura.	MdI: El Gobierno Local debe iniciar la identificación de costos necesarios para fortalecer la ULE con apoyo de las áreas de administración del gobierno local y elaborar un plan de fortalecimiento.

¹³ Si bien es cierto, se ha logrado reducir el tiempo de registro, sin embargo, aun la información presenta un retraso de 2 meses.

Dimensiones clave	Responsable de ejecución propuesto	Recomendaciones de Corto Plazo (Vida del Proyecto)	Situación respecto al MEPI	Mediano y Largo Plazo (Sostenibilidad y Ráplica)	Mecanismo de implementación (MdI) y seguimiento (MdS)
Componente I: Fortalecimiento y consolidación del Programa Juntos para familias con niños menores de 5 años					
			Estrategia no identificada en el MEPI original	Incluir la participación de la ULE en las asambleas descentralizadas realizadas por el Gobierno Local, campañas GRIAS- RENIEC o en aquellas donde los programas o sectores realizan salidas conjuntas a las comunidades para la realización de su labor.	MdI: Asignación de personal de ULE para participación en asambleas descentralizadas y facilidades logísticas para estos eventos. MdS: Informes de acciones conjuntas realizadas.
	Gobierno Local		En el MEPI original no se encuentra alguna recomendación con respecto a la ULE, pues no existía la oficina y la clasificación socioeconómica seguía otros procesos.	Difundir el rol de la ULE en las comunidades, pues se desconoce que esta área es la encargada de realizar los empadronamientos.	MdI: Informar a las directivas comunales durante las asambleas descentralizadas.
	JUNTOS	Continuar con las campañas de actualización de datos, que viene realizando JUNTOS, en las que se identifica a nuevos nacimientos y otros cambios surgidos entre las usuarias de JUNTOS.	No se identifican estrategias para promover la actualización de datos de las usuarias e inscripción de nuevos niños entre las usuarias.		MdI: Verificación de padrón nominal por los gestores e identificación de nuevos nacimientos.

Dimensiones clave	Responsable de ejecución propuesto	Recomendaciones de Corto Plazo (Vida del Proyecto)	Situación respecto al MEPI	Mediano y Largo Plazo (Sostenibilidad y Ráplica)	Mecanismo de implementación (MdI) y seguimiento (MdS)
Componente I: Fortalecimiento y consolidación del Programa Juntos para familias con niños menores de 5 años					
Corresponsabilidades	MINSA- JUNTOS		No figura en el MEPI original	Implementar un piloto, en el cual se valide la implementación de las vacunas de rotavirus y neumococos (vacunas asociadas a la DCI) como condicionalidades de JUNTOS. Así como la validación de los mecanismos de implementación e campo.	MdI: Revisión de protocolos de salud e incorporación de ambas vacunas en el marco del piloto. Capacitación a gestores para verificación de esta condicionalidad. El piloto debe incorporar campañas comunicacionales a fin de mejorar la aceptabilidad de las vacunas, así como asegurar el suministro continuo de vacunas en la zona a intervenir.
	JUNTOS		No se identifican estrategias para promover la actualización de datos de las usuarias e inscripción de nuevos niños entre las usuarias.	Institucionalizar la programación de visitas periódicas al hogar (cada 6 meses) para la actualización de datos de las usuarias.	MdS: Reporte de seguimiento de las visitas domiciliarias.

ii. **COMPONENTE 2: FORTALECIMIENTO DE COBERTURA Y CALIDAD DE LA OFERTA DE SERVICIOS NUTRICIONALES EN DISTRITOS DE JUNTOS**

- **Resumen del diagnóstico que fundamenta las recomendaciones:**

- La oferta de servicios de salud en la zona se da principalmente a través de establecimientos de salud de tipo I-1, en los que laboran personal técnico y sanitario. A este nivel son muy pocos los establecimientos que cuentan con personal profesional. Aunque los EESS de primer nivel deberían realizar actividades extra murales de promoción de salud, en la práctica, las barreras logísticas y la falta de personal no lo hacen posible. Inclusive muchos EESS de mayor nivel resolutivo, no cuentan con equipos completos de personal, lo que debilita su capacidad resolutiva en la atención a la población indígena.
- Una de las dificultades encontradas es la débil homogenización de los mensajes claves entre el personal profesional y técnico sanitario. Los primeros suelen promover la vacunación, el consumo de MMN, en tanto, el personal sanitario, muchas veces no se encuentra convencido de los beneficios de estos productos. Esto es especialmente importante, pues el personal sanitario es generalmente de la zona y conoce el idioma y la cultura local.
- En referencia a la accesibilidad, dada la alta dispersión de gran parte de la población indígena y debido a que los medios de transportes fluviales o terrestres, son escasos o nulos, el acceso físico sigue siendo una gran barrera. Este limitado acceso físico influye en las barreras financieras, pues resulta sumamente oneroso el traslado desde las comunidades hacia los establecimientos de salud, registro y otras oficinas públicas.
- Una de las estrategias empleadas para acercar los servicios a la población, eran los AISPED (Equipos de Atención Integral de Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas), que actualmente no se encuentran operativos o no cuentan con equipo profesional completo, por lo que no se abastecen para atender a todas las localidades asignadas.
- El Diagnóstico Social identificó también barreras organizacionales, referidas a la superposición del horario de atención en las campañas de Atención Integral en Salud (AIS) con las horas en que las mujeres acuden a sus chacras a recoger cultivos para su alimentación. Esta situación puede manejarse con una adecuada coordinación y programación concertada de las fechas de estas actividades. Asimismo, estas atenciones orientadas principalmente a niños y gestantes, son realizadas únicamente una vez al mes y durante muy pocas horas. Además debido a la falta de recursos humanos, en ellas no se pueden realizar actividades de promoción de la salud, por lo que la población percibe que la atención no es buena y que es insuficiente para atender a todas sus dudas y demandas.
- A las dificultades mencionadas, se suma la débil adecuación cultural que repercute en la aceptabilidad del servicio, en lo referente al uso del idioma local en la consulta de salud. El proveedor brinda las orientaciones principalmente en castellano, mientras la madre habla en el idioma local. Esto dificulta el establecer un diálogo real entre ambas partes. El personal sanitario que conoce el idioma local, no se encuentra presente en las consultas, por lo que no se aprovecha este conocimiento.
- La aceptabilidad del servicio implica también que los mensajes y la consejería en salud sean adecuados a la realidad local, pero la mayoría del personal técnico y profesional desconoce la realidad local, las creencias, costumbres y hábitos alimentarios, y en general la cosmovisión sobre la salud de la población indígena.
- Otra barrera es la limitada inclusión del padre de familia en las consejerías y acciones de salud, pese a que este puede ser un factor decisivo para el uso del servicio, debido a la gran influencia del padre en este tipo de decisiones.

- El nuevo personal de salud, ya sea contratado o profesional SERUMS, no recibe una inducción en cuanto a la dimensión intercultural relacionada con la salud o enfocada a lograr una mejor comprensión de la cosmovisión de la etnia receptora del servicio. La inducción es dirigida principalmente al manejo de formatos de atención del SIS, registros HIS y a temas administrativos relacionados.
- Otra dimensión importante es la integración social del personal de salud a la vida local. La alta rotación dificulta dicha interacción. Por el contrario, cuando el personal es proactivo y realiza visitas domiciliarias continuas, participa en faenas comunales, y en otras actividades de la comunidad, se establece un vínculo de confianza entre el personal y la población. Sin embargo, no en todos los EESS se crean estos vínculos. La confianza y la aceptabilidad de los servicios se construyen también mediante el establecimiento de relaciones con los jefes o Apus, que muchas veces están ausentes. Además, el que el personal de salud cumpla con los horarios establecidos de atención es visto por la comunidad como una señal de respeto y consideración.
- En cuanto a los servicios de salud que brinda el PAN, el CRED es el que presenta menor rechazo, debido a que no emplea métodos invasivos ni implica el consumo de micronutrientes. Contribuye a su aceptación el Programa JUNTOS, dado que el CRED es una de sus condicionalidades. Sin embargo, el CRED, no puede ser desarrollado con el tiempo que indica la norma, debido a la falta de recursos humanos.
- El valor y utilidad de los suplementos de hierro no están muy claros entre la población indígena, no se ha generado una conciencia y conocimiento sobre la anemia, sus consecuencias y causas y el rol de los MMN para contrarrestarla. Además, como ha sido mencionado, las vitaminas y suplementos son concebidos como medicamentos, por ello, si el niño está sano, no existe una razón clara por la que deba consumirlos.
- El uso de MMN queda limitado también por la poca costumbre de brindar preparaciones semi-sólidas a los niños pequeños, o a que no existen momentos especiales para la alimentación del niño. Por esto, tener que mezclar los MMN con alimentos es bastante complicado para la población indígena, por ello, es común que las mujeres prefieran jarabes de sulfato ferroso.
- Existe además una alta prevalencia de parasitosis en la zona, por lo que se sugiere que el Ministerio de Salud establezca una política clara que integre el tratamiento de la parasitosis con la suplementación para todas las zonas que lo requieran.
- El escaso conocimiento sobre los alimentos locales del personal asistencial dificulta incorporar recomendaciones para su consumo durante la consejería. Además, no es frecuente el empleo de materiales educativos culturalmente adecuados ni tampoco éstos están disponibles en los EESS.
- En cuanto a las vacunas, éstas generan gran resistencia. Se cree que al aplicárselas, el niño estaría protegido contra toda enfermedad. Por ello, los efectos secundarios así como la presencia de cualquier enfermedad no relacionada con la vacuna recibida, a menudo los hace “confirmar” su percepción errónea. Además, de acuerdo con lo encontrado en el diagnóstico, las vacunas se asocian a menudo con daños de mediano y largo plazo, como son la demora en empezar a caminar o hablar; que el niño sea muy débil o enfermizo; que tenga alguna alteración cognitiva e incluso algunos llegan a pensar que la vacuna puede propiciar el cambio de la orientación sexual en niños y niñas. Además, la enfermedad de sus hijos supone para la mujer una sobrecarga de trabajo y un impedimento en el cumplimiento de sus labores agrícolas lo que afecta la economía familiar.
- Se encontró en el trabajo de campo también barreras religiosas para el uso de vacunas, pues se asocian al símbolo del “666” (la marca del maligno) y se piensa que, al colocar las vacunas a los niños, aparecerá ésta u otra marca en su cabeza.

Recomendaciones para el Componente 2:

Dimensiones clave	Responsable de ejecución propuesto	Recomendaciones de Corto Plazo (Vida del Proyecto)	Situación respecto al MEPI	Mediano y Largo Plazo (Sostenibilidad y Réplica)	Mecanismo de implementación (MdI) y seguimiento (MdS)
Componente II: Fortalecimiento de cobertura y calidad de la oferta de servicios nutricionales en distritos JUNTOS					
Disponibilidad ¹⁴	DIRESA, Redes de Salud		No figura en MEPI original	Elaborar un diagnóstico sobre la capacidad instalada y brechas de cada establecimiento de Salud y Redes de Salud, para atender a la población indígena, considerando: Materiales educativos interculturales Equipo de difusión interna y externa (Altoparlantes) brechas de personal, equipamiento e Infraestructura.	MdS: Informe de DIRESA
	DIRESA		No figura en el MEPI original	Garantizar la presencia de profesionales de salud en los EESS de primer nivel de atención (I-1 a I-4). Para lo cual, se plantean los siguientes incentivos. Contratos por un periodo mínimo de un año, acceso a capacitaciones virtuales o semi presenciales, regímenes de días laborales y descanso de (28x7 o según evaluación de Red de Salud), facilidades para el desplazamiento al establecimiento de salud.	MdI: Se debe contar con un Plan de cierre de brechas de recursos humanos, con cronogramas establecidos. Iniciando con los EESS de mayor nivel resolutivo y distancias a la capital del distrito.
	MINSA- Comisión Multisectorial Permanente de la Política de Salud Intercultural		El MEPI original no considera el rol de esta instancia pues fue creada recientemente.	La Comisión Multisectorial Permanente de la Política de Salud Intercultural (DS 016-2016-SA) debe contar con una plataforma virtual y un repositorio de materiales con enfoque intercultural para su difusión a la DIRESA que trabaja con pueblos indígenas.	MdI: Incluir esta tarea en el rol de la Comisión Permanente de Política de Salud Intercultural. MEF a través del Diagnóstico Social puede hacer esta recomendación al MINSA.

¹⁴ Es básicamente un componente de la oferta. En el caso de los servicios de salud, incluye la disponibilidad de los servicios, equipamiento, insumos, horarios, y sobre todo de personal en número suficiente, capacitado, estable y comprometido

Dimensiones clave	Responsable de ejecución propuesto	Recomendaciones de Corto Plazo (Vida del Proyecto)	Situación respecto al MEPI	Mediano y Largo Plazo (Sostenibilidad y Réplica)	Mecanismo de implementación (MdI) y seguimiento (MdS)
Componente II: Fortalecimiento de cobertura y calidad de la oferta de servicios nutricionales en distritos JUNTOS					
	Red, micro redes y EESS		Estrategia específica no contemplada en el MEPI original	Asegurar la atención continua de los servicios de salud, especialmente en los servicios CRED, vacunas y de MMN ayudará a recuperar la confianza en los servicios de salud. Algunas veces el servicio se encuentra sin atención por salida de todo el personal a los AIS o porque no se establecen adecuadamente roles de vacaciones.	MdI: Participación de las directivas comunales a fin de informar si es que el servicio permanece cerrado durante horas de atención establecidas, para lo cual se deben difundir y desarrollar estos canales. Las Micro Redes y Redes de Salud deben hacer énfasis en el cumplimiento del horario de atención y de las sanciones respectivas.
Accesibilidad ¹⁵	DIRESA, Redes de Salud		En el componente 2, inciso 1 del MEPI original se afirma que la estrategia de AISPED parece poco efectiva, justamente porque carece de la frecuencia y recursos necesarios. En esta actualización se recomienda priorizar esta estrategia dotándola de los recursos necesarios e incluyendo otros servicios como el de registro de nacimientos y de afiliación temprana pues ella es, por ahora, la mejor estrategia para llegar a las comunidades indígenas más alejadas y dispersas.	Fortalecer los equipos itinerantes en salud (AISPED) para la atención de la población dispersa: garantizar un número mínimo de equipos, completos con todos los profesionales e incidir en la realización de actividades de prevención de la enfermedad y promoción de la salud. Para ello, es necesario brindar materiales educativos y capacitarlos previamente.	MdI: Programación presupuestal de estos equipos. Establecer metas claras en cuanto a actividades de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, a ser realizadas por los AISPED. Capacitar a los AISPED para la realización de actividades de manera intercultural.

¹⁵ Se refiere a las dificultades o facilidades de acceso geográfico, económico y administrativo a los servicios de salud. Es por tanto una dimensión tanto de la oferta como de la demanda. La accesibilidad es una dimensión crítica en la Amazonía tanto por las distancias, como por la falta de transporte adecuado y económico y por la gran dispersión en el territorio de la población indígena

Dimensiones clave	Responsable de ejecución propuesto	Recomendaciones de Corto Plazo (Vida del Proyecto)	Situación respecto al MEPI	Mediano y Largo Plazo (Sostenibilidad y Réplica)	Mecanismo de implementación (Mdl) y seguimiento (MdS)
Componente II: Fortalecimiento de cobertura y calidad de la oferta de servicios nutricionales en distritos JUNTOS					
	Redes y Micro-redes de Salud, JUNTOS, GL		En el MEPI original (Estrategias 2.1. inciso 5) se menciona el trabajo extra-mural sugiriéndose elaborar una estrategia para ello, sin especificarla.	Las fechas de atención integrales (AIS), campañas de salud y otras actividades deben ser coordinadas con las autoridades locales, así se podrá garantizar una mayor acogida del servicio y se fortalecerán la comunicación entre la comunidad y el EESS. Los AIS deben incluir actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, resaltando la importancia del CRED, vacunas, micronutrientes y una adecuada alimentación.	Mdl: Dada la brecha de RRHH en centros poblados dispersos y lejanos, estas actividades pueden ser realizadas por personal de los Centros de Vigilancia Comunitaria, técnicos de salud, sanitarios (capacitarlos previamente) o por personal de AISPED.
	Redes y Micro-redes de Salud, JUNTOS, GL		En el MEPI original (Estrategias 2.1. inciso 5) se menciona el trabajo extra-mural sugiriéndose elaborar una estrategia para ello, pero sin especificarla.	A mediano plazo integrar en las visitas a comunidades alejadas (AIS) a todos los servicios básicos del PAN: CRED, vacunación, nutrición, registro documentario y afiliación temprana coordinados por el GL para maximizar recursos humanos y financieros.	Mdl: Protocolo de visitas con servicios integrados a comunidades dispersas. Acuerdos inter institucionales a nivel local para lograr las AIS. Difundir las experiencias locales de atenciones integrales con participaciones multisectoriales. MdS: Registro de cumplimiento de visitas acordadas con autoridades comunales.
	Redes de Salud y EESS capacitan a personal de botiquines.		No figura en el MEPI original	En aquellas comunidades donde existen botiquines comunales, en las que laboran técnicos de salud, es necesario fortalecer sus capacidades y motivarlos para que realicen capacitaciones y otras actividades educativas en salud con la población, enfatizando los servicios brindados por PAN ¹⁶ . Para esto también se debe dotar de materiales educativos a los botiquines.	Mdl: Registro de DIRESA sobre implementación de botiquines comunales y capacitación a técnicos locales en salud.

¹⁶ P.ej. en Río Tambo- Satipo/ Junín, existen botiquines comunales, donde laboran técnicos de salud de la localidad; algunos establecimientos de salud manifiestan la importancia de que el personal de los botiquines realicen actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, dado que se encuentran más cerca a la población que los establecimientos de salud.

Dimensiones clave	Responsable de ejecución propuesto	Recomendaciones de Corto Plazo (Vida del Proyecto)	Situación respecto al MEPI	Mediano y Largo Plazo (Sostenibilidad y Réplica)	Mecanismo de implementación (Mdl) y seguimiento (MdS)
Componente II: Fortalecimiento de cobertura y calidad de la oferta de servicios nutricionales en distritos JUNTOS					
Aceptación ¹⁷ 1) Comunicación intercultural	GL, Red de Salud y EESS para la implementación y funcionamiento de los CPVC.		No figura en el MEPI original	En localidades, donde el acceso a los establecimientos de salud es complicado por las distancias y falta de transporte, implementar Centros de Promoción y Vigilancia Comunal.	Mdl: Continuar con la inclusión de los CPVC en las metas del plan de incentivos del MEF. Redes de Salud deben brindar asistencia técnica para la implementación y adecuado funcionamiento de los CPVC.
	DIRESA, Redes y EESS		Estrategia específica no figura en MEPI original.	Sobre la base de estudios etnográficos identificar y elaborar materiales educativos, los que deben comprender: - Aquellos dirigidos al personal de salud (laminarios, rotatfolios y otros que ayuden a recordar palabras clave en el idioma local al momento de la consejería). - Materiales de capacitación dirigidos a la población objetivo (madres de familia, padres y líderes de la comunidad), se deben trabajar radionovelas, historias breves, otros).	Mdl: Capacitaciones al personal de salud en el uso del material, el cual debe estar previamente validado.
	MINSA, DIRESA		Estrategia específica no figura en MEPI original.	Identificar y crear, a nivel local, un acervo de materiales comunicativos ya desarrollados por diferentes proyectos (Donación Japonesa, EUROPAN y otros) para la atención en salud para PI. Este acervo debería ponerse a disposición de la Comisión Multisectorial Permanente de la Política de Salud Intercultural (DS 016-2016-SA) del MINSA para su sistematización, actualización y difusión a la DIRESA para el trabajo con PI.	Mdl: Encargar esta tarea a la Dirección de salud Intercultural del MINSA y poner los materiales a disposición de las DIRESA que operan con PI.
	MINSA, DIRESA		Estrategia específica no figura en MEPI original.	Cada DIRESA debe contar con los materiales de comunicación en salud con enfoque intercultural específicos para su zona y difundirlos a través de Redes y Micro Redes de salud.	Mdl: Validación operativa de materiales comunicacionales en cada Red y EESS. .

¹⁷ La aceptación es un componente de la demanda y depende de las barreras culturales (concepciones, costumbres, trato y comunicación).

Dimensiones clave	Responsable de ejecución propuesto	Recomendaciones de Corto Plazo (Vida del Proyecto)	Situación respecto al MEPI	Mediano y Largo Plazo (Sostenibilidad y Réplica)	Mecanismo de implementación (Mdl) y seguimiento (MdS)
Componente II: Fortalecimiento de cobertura y calidad de la oferta de servicios nutricionales en distritos JUNTOS					
Aceptación 2) Capacitación al personal de salud	DIRESA, Redes de Salud		El MEPI original enfatiza la importancia de la comunicación culturalmente adecuada, pero no especifica el rol clave del personal auxiliar local.	Asegurar la participación del personal sanitario (toda vez que hable el idioma local) en la consulta CRED, vacunas y consejerías. Para ello, la actual ficha única de atención que viene promoviéndose, ayudará a liberar al personal sanitario local de tareas administrativas y contar con más tiempo disponible para asegurar su participación en actividades CRED, vacunas, consejería y visitas domiciliarias.	Mdl: Normativa de DIRESA para que personal auxiliar de salud apoye consultas del CRED y nutrición. Cursos de inducción en la cultura local. Verificación de competencias del personal de servicios sobre conocimiento de la cultura local y su aplicación en la consulta/orientación.
	DIRESA, Redes de Salud		El MEPI original enfatiza la importancia de la comunicación culturalmente adecuada, pero no especifica el rol clave del personal auxiliar local.	Asegurar la participación del personal sanitario (toda vez que hable el idioma local) en la consulta CRED, vacunas y consejerías. Para ello, la actual ficha única de atención que viene promoviéndose, ayudará a liberar al personal sanitario local de tareas administrativas y contar con más tiempo disponible para asegurar su participación en actividades CRED, vacunas, consejería y visitas domiciliarias.	Mdl: Normativa de DIRESA para que personal auxiliar de salud apoye consultas del CRED y nutrición. Cursos de inducción en la cultura local. Verificación de competencias del personal de servicios sobre conocimiento de la cultura local y su aplicación en la consulta/orientación.
	DIRESA, Redes de Salud		Estrategia específica no figura en MEPI original.	Implementar un programa de inducción para el personal nuevo y personal SERUMS que ayude a comprender la cosmovisión de las comunidades indígenas, la nutrición, vacunación y CRED, considerando la interculturalidad.	Mdl: El Programa de Inducción debe incluir la elaboración de guías y manuales para ser entregados al personal de salud, basándose en los estudios etnográficos. La inducción debe establecerse como una política de RRHH desde la DIRESA.

Dimensiones clave	Responsable de ejecución propuesto	Recomendaciones de Corto Plazo (Vida del Proyecto)	Situación respecto al MEPI	Mediano y Largo Plazo (Sostenibilidad y Réplica)	Mecanismo de implementación (MdI) y seguimiento (MdS)
Componente II: Fortalecimiento de cobertura y calidad de la oferta de servicios nutricionales en distritos JUNTOS					
Aceptación 3) Consulta y alianza con líderes indígenas y recursos locales	DIRESA, Redes de Salud		Estrategia específica no figura en MEPI original.	La DIRESA debe impulsar como parte de la política de incentivos a los RRHH cursos de capacitación virtual o semi presencial que ayuden a comprender la cosmovisión de la etnia. Estos cursos deben desarrollar compromisos de mejora en cada establecimiento de salud y contar con un acompañamiento para la implementación, como parte de estas mejoras.	MdI: Informes sobre la realización de cursos y participantes. MdS: Informes de acompañamiento a los establecimientos de salud.
	DIRESA Redes de Salud Micro Redes Establecimientos de salud		Figura en el MEPI original estrategia 2.1 inciso 1 (Es el segundo 1 en el mismo texto, parece haber un error de numeración). Pero no se ha implementado con la fuerza necesaria.	Mapear, sensibilizar e incorporar a líderes indígenas y recursos locales de salud (shamanes, curanderos, parteras, etc.) al sistema de promoción de la salud y prevención de enfermedades para promover prácticas saludables en cuanto al embarazo, control prenatal, parto hospitalario, crianza y nutrición.	MdS: Registro de líderes locales en DIRESA y Redes de Salud. Desarrollar capacitaciones a estos actores locales. MdS: Encuesta a líderes indígenas y comunales sobre su participación e involucramiento.
	Redes de Salud y Gobierno Local		Precisa y específica la estrategia comunicativa planteada en el MEPI original	Incluir en la estrategia comunicacional la vacunación oportuna dirigida a población indígena, un abordaje en el que se trate el tema de los mitos sobre sus efectos secundarios y otros rumores detectados en la actualización del Diagnóstico Social y otros estudios etnográficos. Para ello, se debe emplear radios locales y altos parlantes comunales.	MdS: Desarrollar alianzas con radios locales y directivas comunales.
	Red de Salud Micro Redes Establecimientos de Salud		Estrategia específica no encontrada en el MEPI	Trabajar de manera coordinada con las directivas comunales, de manera que ellos incidan en la asistencia a los controles, vacunas y consumo de MMN. Así también, que hagan énfasis en la participación del padre de familia en las consultas y consejerías de productos vinculados al PAN.	MdS: Los EESS deben generar mayor acercamiento a la comunidad, a través de comunicación sobre problemas de salud en la comunidad (sensibilización) y el rol de ellos. Asimismo, capacitar a las directivas comunales en la

Dimensiones clave	Responsable de ejecución propuesto	Recomendaciones de Corto Plazo (Vida del Proyecto)	Situación respecto al MEPI	Mediano y Largo Plazo (Sostenibilidad y Réplica)	Mecanismo de implementación (MdI) y seguimiento (MdS)
Componente II: Fortalecimiento de cobertura y calidad de la oferta de servicios nutricionales en distritos JUNTOS					
Utilización					importancia de CRED, MMN, vacunas, JUNTOS, entre otros.
	MINSA, DIRESA		Especifica lo recomendado en el MEPI original	Realizar estudios pilotos que comparan la preferencia por el sulfato ferroso frente a los multi-micronutrientes en comunidades indígenas amazónicas. Asimismo, el consumo de MMN debe ser trabajado en forma simultánea con la promoción de la alimentación complementaria especialmente para el niño menor de tres años.	MdS: Estudios encargados por MINSA en coordinación con la DIRESA sobre la aceptación del sulfato ferroso sobre los MMN.
	Redes de Salud DIRESA En coordinación con JUNTOS que también ha implementado la realización de visitas domiciliarias		Especifica lo recomendado en el MEPI original	Para superar las barreras de uso se recomienda priorizar las visitas domiciliarias continuas, en especial para los menores con DC o anemia. Esta es una actividad estratégica para incrementar el uso de los servicios de salud, pues acerca al prestador al hogar y ayuda a sensibilizar a la población. Las visitas podrían ser realizadas por el personal de los centros de vigilancia comunal, agentes comunitarios de salud, entre otros y coordinada con JUNTOS; pues los gestores de este Programa actualmente realizan visitas, fundamentalmente a usuarias en riesgo.	MdI: Incorporar las visitas domiciliarias en el POA como actividad prioritaria.
	DIRESA, Redes y Micro Redes de salud		Estas estrategias específicas no figuran en el MEPI original.	Las consejerías de alimentación y suplementación deben incidir en la practicidad de la preparación y administración de los MMN y las posibles reacciones adversas y formas de abordarlas en casa.	MdI: Protocolos y orientación de la DIRESA hacia las redes y EESS.

Dimensiones clave	Responsable de ejecución propuesto	Recomendaciones de Corto Plazo (Vida del Proyecto)	Situación respecto al MEPI	Mediano y Largo Plazo (Sostenibilidad y Réplica)	Mecanismo de implementación (MdI) y seguimiento (MdS)
Componente II: Fortalecimiento de cobertura y calidad de la oferta de servicios nutricionales en distritos JUNTOS					
	DIRESA, Redes y Micro Redes de salud		Estas estrategias específicas no figuran en el MEPI original.	Respecto a los MMN, reforzar las campañas posicionándolos como alimento, y no como medicina. Informar a la población sobre el concepto de anemia, sus causas, consecuencias y la diferencia de esta con la desnutrición crónica. Emplear comparativos prácticos con alimentos locales, cuando se expliquen las bondades de los suplementos nutricionales de manera que la población pueda establecer equivalentes con estos.	MdI: Elaborar manuales para la comunicación intercultural efectiva en MMN.
	MINSA, DIRESA			Incluir en la consejería nutricional la explicación, detección y tratamiento de la parasitosis que no forma parte de la consulta habitual y que es un daño endémico en los menores indígenas amazónicos.	MdI: Elaboración de normativas específicas para atención de parasitosis en la Amazonía.

Dimensiones clave	Responsable de ejecución propuesto	Recomendaciones de Corto Plazo (Vida del Proyecto)	Situación respecto al MEPI	Mediano y Largo Plazo (Sostenibilidad y Réplica)	Mecanismo de implementación (MdI) y seguimiento (MdS)
Componente II: Fortalecimiento de cobertura y calidad de la oferta de servicios nutricionales en distritos JUNTOS					
Utilización	Red de Salud Micro Redes Establecimientos de Salud		Estrategia específica no encontrada en el MEPI	Trabajar de manera coordinada con las directivas comunales, de manera que ellos incidan en la asistencia a los controles, vacunas y consumo de MMN. Así también, que hagan énfasis en la participación del padre de familia en las consultas y consejerías de productos vinculados al PAN.	MdS: Los EESS deben generar mayor acercamiento a la comunidad, a través de comunicación sobre problemas de salud en la comunidad (sensibilización) y el rol de ellos. Asimismo, capacitar a las directivas comunales en la importancia de CRED, MMN, vacunas, JUNTOS, entre otros.
	MINSA, DIRESA		Especifica lo recomendado en el MEPI original	Realizar estudios pilotos que comparan la preferencia por el sulfato ferroso frente a los multi-micronutrientes en comunidades indígenas amazónicas. Asimismo, el consumo de MMN debe ser trabajado en forma simultánea con la promoción de la alimentación complementaria especialmente para el niño menor de tres años.	MdS: Estudios encargados por MINSA en coordinación con la DIRESA sobre la aceptación del sulfato ferroso sobre los MMN.
	Redes de Salud DIRESA En coordinación con JUNTOS que también ha implementado la realización de visitas domiciliarias		Especifica lo recomendado en el MEPI original	Para superar las barreras de uso se recomienda priorizar las visitas domiciliarias continuas, en especial para los menores con DC o anemia. Esta es una actividad estratégica para incrementar el uso de los servicios de salud, pues acerca al prestador al hogar y ayuda a sensibilizar a la población. Las visitas podrían ser realizadas por el personal de los centros de vigilancia comunal, agentes comunitarios de salud, entre otros y coordinada con JUNTOS; pues los gestores de este Programa actualmente realizan visitas, fundamentalmente a usuarias en riesgo.	MdI: Incorporar las visitas domiciliarias en el POA como actividad prioritaria.
	DIRESA, Redes y Micro Redes de salud	Las consejerías de alimentación y suplementación deben incidir en la practicidad de la preparación y administración de los MMN y las posibles reacciones adversas y formas de abordarlas en casa.	Estas estrategias específicas no figuran en el MEPI original.	Respecto a los MMN, reforzar las campañas posicionándolos como alimento, y no como medicina. Informar a la población sobre el concepto de anemia, sus causas, consecuencias y la diferencia de esta con la desnutrición crónica. Emplear comparativos prácticos con alimentos locales, cuando se expliquen las bondades de los suplementos nutricionales de manera que la población pueda establecer equivalentes con estos.	MdS: Protocolos y orientación de la DIRESA hacia las redes y EESS. Elaborar manuales para la comunicación intercultural efectiva en MMN.
	MINSA, DIRESA			Incluir en la consejería nutricional la explicación, detección y tratamiento de la parasitosis que no forma parte de la consulta habitual y que es un daño endémico en los menores indígenas amazónicos.	MdS: Elaboración de normativas específicas para atención de parasitosis en la Amazonía.

iii. COMPONENTE 3: FORTALECIMIENTO DE LA CAPACIDAD DEL GOBIERNO DEL PERÚ PARA INFLUENCIAR LOS RESULTADOS NUTRICIONALES

- Resumen del diagnóstico que fundamenta las recomendaciones:

- La implementación del MS es una estrategia introducida por el proyecto SWAP en las provincias donde interviene, incluida la de Condorcanqui, la cual ha permitido articular a las autoridades locales, sociedad civil y sector público, para enfrentar en forma eficiente la DC. Paralelamente, el GL de Condorcanqui ha dado impulso a la implementación de los centros de promoción y vigilancia comunal (CPVC), para el cuidado integral de la madre y el niño, en donde laboran los agentes comunitarios o personal técnico, todos ellos capacitados para la atención de la madre- niño.
- Aunque aún no se dispone de evidencia sobre la disminución de la DC en la zona de intervención (Condorcanqui), el avance en algunos indicadores de los servicios PAN consignados en el Diagnóstico Social nos permite evidenciar algunos buenos resultados: La cobertura de acceso a documento de identidad en menores de 5 años es del 83% y la de JUNTOS del 51%; la cobertura del SIS en menores entre 12 y 14 meses del 87.4%. La evolución de otros indicadores es también positiva: entre 12/2013 al 8/2016 la vacunación (Rotavirus y Neumococo) aumentó del 22% al 43% entre menores de 1 año, el acceso a suplementos de hierro del 2% al 25% y los menores que alcanzan los 4 criterios del FED¹⁸ se incrementó del 6% al 25% durante el mismo período¹⁹.
- Aunque esta consultoría no se enfocó en los temas de gestión, algunos de los factores que en opinión del equipo consultor, explican el buen funcionamiento del monitoreo social son: contar con metas claras compartidas (disminución de la DC infantil); presupuesto compartido con un fuerte componente presupuestal de inicio de la municipalidad y responsabilidades definidas, Así como contar con un monitoreo periódico de indicadores de interés para cada una de las instituciones participantes. Otros factores coadyuvantes son el rol articulador del GL en torno a esa meta; la participación activa de los líderes y organizaciones de la sociedad civil; la rendición de cuentas en los foros y asambleas descentralizadas, y la asistencia técnica de los consultores del MEF.
- De otro lado, la Municipalidad ha implementado un área de monitoreo social, con un responsable con capacidad de convocatoria y liderazgo para la articulación. Sin embargo, aún no se ha incorporado el MS dentro de los instrumentos de gestión municipal, como son el Organigrama Institucional y el Reglamento de Organización y Funciones.
- El Monitoreo Social ha generado espacios de diálogo como los foros públicos, donde participan las diferentes instituciones públicas, así como la sociedad civil, a través de Apus, alcaldes de centros poblados, agentes comunitarios de salud, y organizaciones sociales de base, entre otros. El propósito de estos foros es sensibilizar a la población en relación a la problemática de la infancia, enfocándola prioritariamente en los indicadores del PAN, asegurar la corresponsabilidad de los sectores y de la población para mejorar las coberturas y la calidad de los servicios, además de realizar una rendición de “cuentas” sobre indicadores del PAN.
- Se esperaba que ello pueda ser replicado por los Apus en las diferentes comunidades y por los alcaldes de centros poblados en los respectivos territorios, sin embargo, ello no se concretó. Para subsanar esto, el monitoreo social ha ido implementando una estrategia alternativa: las asambleas desconcentradas, mediante las cuales las

¹⁸ Los 4 criterios del FED son: CRED completo, dos vacunas rotavirus y neumococos y acceso a suplemento nutricional.
¹⁹ Ver CISEPA. “Actualización del Diagnóstico Social” pags23-30. Lima 2016.

entidades que forman parte de los servicios PAN acuden a las comunidades, especialmente las más alejadas, para difundir los programas, recoger las demandas de la población indígena y brindar los servicios que comprenden el PAN en forma integral (CRED, vacunas, MMN), acceso a documento de identidad y JUNTOS.

- El MS, a través del padrón nominado, ha fortalecido el uso común de esta base de datos institucional para acciones interconectadas y para su actualización.

En relación al SIS:

- Las barreras de acceso al SIS están estrechamente vinculadas a las presentadas en el tema de disponibilidad y accesibilidad a los servicios de salud. Adicionalmente se detectan algunas propias: como el no contar con DNI para el acceso al SIS, esta barrera fue superada parcialmente con la normativa que permite la afiliación temporal sin DNI, que tiene una vigencia de 45 días²⁰, por lo que transcurrido este tiempo deberá presentarse el documento de identidad, para acceder al SIS.
- En efecto, se ha incrementado la afiliación temprana al SIS, y se reconoce que el MS ha cumplido un rol fundamental para lograr este resultado, a través de la difusión de la información a nivel institucional, en los establecimientos de salud, así como entre los líderes comunales. El uso del padrón nominado y su homologación con los datos de RENIEC, permite identificar a los niños no afiliados y sensibilizar a sus familias para lograr su aseguramiento. Por su parte la Red de Salud Condorcanqui, también está difundiendo la normativa, a fin de que en los establecimientos se realicen las afiliaciones temporales, como lo señala la normativa vigente.
- Otra barrera para la afiliación al SIS es la no aceptación de las vacunas: algunas madres señalan que no desean obtener el SIS, pues inmediatamente tendrían que vacunar a sus niños. Aparentemente la principal barrera para la afiliación al SIS es la desmotivación para hacerlo, al existir un rechazo al uso del servicio de salud entre muchas de las madres (y padres) indígenas.

En relación al acceso al DNI:

- En cuanto al acceso al DNI, existen ofertas fijas e itinerantes, las Oficinas Registrales Auxiliares (ORA), parte de la oferta fija, han sido recientemente instaladas en establecimientos de mayor nivel resolutivo (Hospitales Nivel II), brindando gratuitamente servicios de identificación para niños que nacen en dichos establecimientos u otros que llegan hasta allí con los requisitos establecidos. La oferta itinerante se brinda a través de la Gerencia de Restitución de la Identidad y Apoyo Social (GRIAS) de RENIEC, la que realiza campañas gratuitas de documentación en las comunidades nativas, priorizando a las que se encuentran en las zonas más alejadas.
- Tanto la oferta fija como la itinerante se apoyan en las Oficinas de Registro Civil (OREC), que se encuentran en los centros poblados y están a cargo de los registradores civiles locales nombrados, en su mayoría, por los gobiernos locales.
- Sirven de ayuda para la realización de trámites ante GRIAS o ante las oficinas de atención RENIEC, dado que las oficinas de registro civil no tramitan DNI, sino que ayudan a que el ciudadano obtenga los requisitos para obtener el documento de identidad, como por ejemplo el registro de nacimiento y la emisión de la correspondiente acta de nacimiento.

²⁰ D.L. N° 1164.

- Hemos identificado como la principal barrera al acceso al documento de identidad la percepción de la poca utilidad del DNI para el niño y el limitado propósito del mismo. Esto interviene e influye en todo el proceso y en la motivación para que los padres obtengan este documento para sus hijos. Además, entre otros factores explicativos dentro de la población indígena, se encuentra el factor religioso que vincula el código de barras del DNI a las marcas asociadas a pertenencias anticristianas, con las que, según se dice en los testimonios, piensan que se están marcando a sus hijos. Existe más bien la “costumbre” de obtener el DNI solo para matricular a los hijos en la escuela, debido a que piensan que este no tiene utilidad durante los primeros años de vida.
- Es importante señalar que el Programa JUNTOS está favoreciendo la identificación de los niños y padres, dado que los que pertenecen al Programa tienen como condicionante contar con un documento de identidad. Esto contribuye a que se obtenga el DNI, aunque muchas veces lo hacen para cumplir, sin entender su importancia más allá del beneficio de pertenecer a este programa social.
- Aunque se ha mejorado considerablemente el acceso al DNI, aún permanecen algunas barreras para su obtención. Una de ellas es el parto domiciliario, por ello, RENIEC emitió dispositivos para obtener actas de nacimiento, con una declaración jurada de la autoridad política o de testigos locales y no necesariamente a partir de la presentación del certificado de nacido vivo. Pese a ello, no todos los nacimientos son reportados al registrador civil, debido a la lejanía de los anexos a las oficinas de OREC. Asimismo, el registrador no suele trasladarse hacia anexos de las comunidades, debido a la lejanía o a que no reciben suficientes incentivos económicos, por lo que debe compartir su tiempo con otras actividades. Otra barrera es que los padres o uno de ellos no cuentan con DNI para realizar el trámite del DNI de sus hijos. Muchas de estas barreras están siendo superadas por las movilizaciones realizadas por el equipo GRIAS.

- **Recomendaciones para el componente 3:**

Dimensiones clave	Responsable de ejecución propuesto	Recomendaciones de Corto Plazo (Vida del Proyecto)	Situación respecto al MEPI	Mediano y Largo Plazo (Sostenibilidad y Réplica)	Mecanismo de implementación (MdI) y seguimiento (MdS)
Componente III: Fortalecimiento de la capacidad del Gobierno del Perú para influenciar los resultados nutricionales					
Monitoreo Capacidades de Producción de Servicios (ENCRED)	INEI MEF DIRESA Red de Salud			<p>Emplear las bases de datos de ENCRED a fin de hacer evaluaciones periódicas para medir los avances en las capacidades resolutivas de los EESS, a nivel regional, provincial y local.</p> <p>Difundir la información resultante de las evaluaciones periódicas a las Redes de Salud y Micro Redes.</p>	<p>MdI: El Monitoreo Social debe incorporar la información ENCRED para realizar las evaluaciones de avances y presentar la información en los foros públicos.</p> <p>MdI: DIRESA incorpora ficha ENCRED en el monitoreo realizado por las Redes y Micro Redes a los establecimientos de salud.</p>
Monitoreo Social	Gobierno Local		<p>La estrategia de financiamiento del MS no se plantea en el MEPI original.</p>	<p>Incidencia para la incorporación del MS como instancia de apoyo técnico a la estructura orgánica de los GL, incluyéndolo en el ROF y normar su funcionamiento en el MOF para asegurar la dotación presupuestal y el equipo requerido.</p>	<p>MdI: Brindar asistencia técnica sobre los resultados del Proyecto, el compromiso del Gobierno Local y equipo de trabajo para el MS.</p> <p>MdS: Verificar organigrama institucional.</p>

Dimensiones clave	Responsable de ejecución propuesto	Recomendaciones de Corto Plazo (Vida del Proyecto)	Situación respecto al MEPI	Mediano y Largo Plazo (Sostenibilidad y Réplica)	Mecanismo de implementación (MdI) y seguimiento (MdS)
Componente III: Fortalecimiento de la capacidad del Gobierno del Perú para influenciar los resultados nutricionales					
	Gobierno Local			Fortalecer la participación informada de los Apus y líderes tradicionales en foros públicos y asambleas descentralizadas. El fortalecimiento debe incluir además de las recomendaciones generales formuladas, el establecer roles claros de los líderes en el MS local, fortalecer canales de comunicación entre las entidades y las directivas, a fin de que informen las dificultades que se tienen para mejorar los indicadores PAN de manera periódica.	MdI: El acompañamiento a las directivas comunales es fundamental para incentivar su participación activa en las acciones para movilizar a la comunidad para mejorar sus indicadores.
	Gobierno Local, MEF	Organizar pasantías en las zonas de intervención del proyecto SWAP en la Región de Amazonas para autoridades y funcionarios locales de los programas participantes (JUNTOS, Salud, RENIEC) de otras zonas de la Amazonía para apreciar in situ los avances del MS y el uso común del padrón nominado permitiendo su escalamiento y réplica.	No se ha previsto capacitación horizontal en el MEPI inicial ni mecanismos para compartir lecciones aprendidas.	Para fomentar la réplica de la estrategia, se recomienda normar y establecer un sistema de pasantías in situ en los GL con mejor desempeño en MS para autoridades y funcionarios de otros GL. Para la sostenibilidad se deben realizar acuerdos de consejo municipal, refrendados por Ordenanzas Municipales que institucionalicen las asambleas y foros públicos.	MdI: Elaborar y difundir la guía de implementación de Monitoreo Social dirigida a alcaldes y funcionarios de gobiernos locales. Sistema de pasantías y visitas de campo normadas e institucionalizadas para el MS. (MEF)

Dimensiones clave	Responsable de ejecución propuesto	Recomendaciones de Corto Plazo (Vida del Proyecto)	Situación respecto al MEPI	Mediano y Largo Plazo (Sostenibilidad y Réplica)	Mecanismo de implementación (MdI) y seguimiento (MdS)
Componente III: Fortalecimiento de la capacidad del Gobierno del Perú para influenciar los resultados nutricionales					
Padrón nominado	MEF, RENIEC, MINSA INEI		No se incluye esta estrategia en el MEPI inicial.	Estandarizar sistemas de información para incluir, tanto en el <i>cubo infant</i> como en padrón nominado el dato de etnidad por auto-identificación de la madre del niño a partir de la implementación del próximo censo nacional de población, y no solo LM Aprovechar censo 2017 para datos sobre identidad étnica por auto-identificación.	MdI: Verificación y asistencia técnica del INEI sobre directivas y normas para consistencia del dato de etnidad en diferentes bases nominadas y estadísticas (agregadas).
	MEF, RENIEC, MINSA INEI		No se incluye esta estrategia en el MEPI inicial.	La información del Padrón Nominado debe ser comparable con la información del <i>cubo infant</i> . Específicamente en lo referente a la identificación de la población infantil por lengua materna, dato que no figura en esta última base de datos.	MdS: Reportes de comparabilidad de información entre PN y cubo infant.
	Gobierno Local MINSA MEF		No figura en MEPI original.	Documentar y difundir la experiencia de Gobiernos Locales con las mejores prácticas en el uso de información del Padrón Nominado, a fin de incidir en el aprovechamiento de la información del padrón nominal.	MdI: Difusión de la experiencia a través de videos con mejores prácticas, asociaciones de municipalidades, entre otros.

Dimensiones clave	Responsable de ejecución propuesto	Recomendaciones de Corto Plazo (Vida del Proyecto)	Situación respecto al MEPI	Mediano y Largo Plazo (Sostenibilidad y Réplica)	Mecanismo de implementación (MdI) y seguimiento (MdS)
Componente III: Fortalecimiento de la capacidad del Gobierno del Perú para influenciar los resultados nutricionales					
CUI/DNI	DIRESA GOBIERNOS LOCALES, OREC		No se incluye el rol del registrador civil en las visitas de AIS en el MEPI original.	En comunidades dispersas, donde funcionan las OREC, que generalmente se encuentran distantes de los EESS de mayor nivel resolutivo (Donde funcionan las ORA), se debe asegurar la participación del registrador civil en las visitas AIS (Atención Integral en Salud) para documentar los nuevos nacimientos.	MdI: Dotar de recursos logísticos y económicos a las oficinas OREC para las salidas en los AIS.
	JUNTOS, RENIEC y OREC	Desarrollar campañas en zonas con de la población nativa, sobre la importancia del documento de identidad del niño para el ejercicio de derechos y sobre los beneficios de contar con dicho documento, aclarando rumores falsos sobre los supuestos riesgos que ello implicaría para los menores.	El MEPI original no contempla campañas comunicacionales para incrementar la documentación de los niños.		MdS: Verificar ejecución e impacto de campañas informativas sobre DNI y documentación (CUI) en EESS. MdI: Se puede implementar también el uso de radios locales, alto parlantes, en alianza con las directivas comunales.
	GRIAS		No se encuentra en el MEPI original.	Capacitar a los registradores civiles en aspectos específicos a la transcripción de nombres indígenas en las actas registrales, a fin de reducir los errores.	MdI: Elaborar planes de capacitación para los registradores civiles.

Dimensiones clave	Responsable de ejecución propuesto	Recomendaciones de Corto Plazo (Vida del Proyecto)	Situación respecto al MEPI	Mediano y Largo Plazo (Sostenibilidad y Réplica)	Mecanismo de implementación (MdI) y seguimiento (MdS)
Componente III: Fortalecimiento de la capacidad del Gobierno del Perú para influenciar los resultados nutricionales					
	Gobierno Local		No se encuentra en el MEPI original	Garantizar incentivos económicos mensuales para los registradores civiles.	MdI: Incorporar en el presupuesto municipal el pago a los registradores.
SIS			No se encuentra en el MEPI original	Impulsar las asambleas descentralizadas ²¹ y las campañas de afiliación al SIS dentro de estos espacios.	MdI: Institucionalizar las asambleas descentralizadas y programarlas en coordinación con las autoridades locales

²¹ Las asambleas descentralizadas son espacios surgidos a partir del Monitoreo Social, donde una comisión multisectorial, liderada por el Gobierno Local se desplaza hacia las comunidades para informar sobre los beneficios de cada uno de los programas y servicios públicos y además se brindan atención en productos PAN, en coordinación con las directivas comunales.