

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

**ACTUALIZACIÓN DEL DIAGNOSTICO SOCIAL SOBRE LA INCLUSION DE HOGARES
INDIGENAS EN EL PROGRAMA “JUNTOS” Y LOS SERVICIOS NUTRICIONALES Y DE
SALUD PREVENTIVA ASOCIADOS**

Lima, abril 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.

Contenido

1.	ANTECEDENTES	4
2.	PROPÓSITO	5
3.	METODOLOGÍA	6
4.	LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA	7
4.1.	Dimensiones cuantitativas de la DCI	7
4.2.	Dimensiones culturales de la DCI en población indígena	8
4.3.	Políticas y programas para enfrentar la DCI	10
5.	RESULTADOS CUANTITATIVOS: POBLACIONES INDÍGENAS A NIVEL NACIONAL	12
5.1.	Población según lengua materna	12
5.2.	Composición por sexo según lengua materna	14
5.3.	Composición por grupos de edad según lengua materna	14
5.4.	Distribución urbano/rural	15
5.5.	Educación y lengua materna	16
5.6.	Condiciones de salud infantil según lengua materna	18
6.	ASPECTOS CUANTITATIVOS: LA POBLACIÓN INDÍGENA EN LAS ZONAS DE ESTUDIO: NIEVA-CONDORCANQUI-AMAZONAS Y RÍO TAMBO-SATipo-JUNÍN.	25
6.1.	Nivel de vida	25
6.2.	Población infantil indígena	27
6.3.	Acceso a identidad	28
6.4.	Acceso al aseguramiento en salud	30
6.5.	Acceso a programas sociales	31
6.6.	Acceso a servicios de salud	32
7.	INFORME CUALITATIVO: LOS AWAJÚN DE NIEVA - CONDORCANQUI - AMAZONAS	37
7.1.	Las comunidades nativas Awajún en Nieva	38
7.2.	Monitoreo Social	42
7.3.	Factores que facilitan o dificultan la adherencia (ingesta) de los suplementos nutricionales de hierro (chispitas, sulfato) en la población indígena, CRED, inmunizaciones y SIS	48
7.4.	Barreras al acceso oportuno de CRED, inmunizaciones, suplementación con hierro y SIS	53
7.5.	Análisis de los factores que afectan el acceso a la identidad	70
7.6.	Análisis de los factores que afectan el acceso al Programa JUNTOS	75
8.	INFORME CUALITATIVO: LOS ASHANINKA DE RÍO TAMBO- SATIPO- JUNÍN	81
8.1.	Descripción de la Etnia Ashaninka	81
8.2.	Organizaciones ashaninkas en Río Tambo	83
8.3.	La Municipalidad de Río Tambo: su rol en temas de salud infantil	87
8.4.	Los servicios de salud	88
8.5.	Barreras al acceso oportuno de CRED, inmunizaciones, suplementación con hierro y SIS	92
8.6.	Acceso a servicios de identidad	96
8.7.	Acceso a JUNTOS	98
9.	CONCLUSIONES	99
10.	FUENTES CONSULTADAS	107
11.	ANEXOS	109
11.1	LISTA DE ENTREVISTAS EN INSTITUCIONES	109
11.2	GUÍA DE ENTREVISTA	110
	GUÍA DE ENTREVISTA A LOS FUNCIONARIOS DEL BANCO MUNDIAL SET/2016	110
	GUÍA DE ENTREVISTA A LOS FUNCIONARIOS DEL MEF - CONDORCANQUI OCT/2016	110
	GUÍA DE ENTREVISTA A LOS FUNCIONARIOS DEL GOBIERNO LOCAL- CONDORCANQUI – OCT/2016	110
	GUÍA DE ENTREVISTA A LOS FUNCIONARIOS DE SALUD: REDES Y MICRO REDES OCT/2016	111
	GUÍA DE ENTREVISTA A LOS FUNCIONARIOS DE LA RENIEC OCT/2016	111
	GUÍA DE ENTREVISTA A LOS FUNCIONARIOS DEL PROGRAMA JUNTOS - OCT/2016	111
	GUÍA DE ENTREVISTA A LOS RESPONSABLE DEL MONITOREO SOCIAL- OCT/2016	112
	GUÍA DE ENTREVISTA A LOS RESPONSABLES DEL PADRON NOMINAL - OCT/2016	112
	GUÍA DE ENTREVISTA A LOS RESPONSABLES DEL APUS - OCT/2016	112
	GUÍA DE ENTREVISTA A PADRES/ MADRES DE FAMILIA - OCT/2016	113
	Índice de siglas	

AIS	Atención Integral de Salud
AISPED	Atención Integral de Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas
AMAPAFAS	Asociación de Madres y Padres de Familia
AP	Apoyo Presupuestario
APCI	Agencia Peruana de Cooperación Internacional
APS	Atención Primaria de Salud
BIRF	Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento
BM	Banco Mundial
CE	Comunidad Europea
COMEDIRT	Comité de Desarrollo Integral de Río Tambo
CPVC	Centro de Promoción y Vigilancia Comunal
CRED	Control de Crecimiento y Desarrollo
CUI	Código Único de Identificación
DCI	Desnutrición Crónica Infantil
DGPP	Dirección General de Presupuesto Público
DIRESA	Dirección Regional de Salud
DNI	Documento Nacional de Identidad
DRE	Dirección Regional de Educación
EDA	Enfermedad Diarreica Aguda
EESS	Establecimientos de Salud
ENAH0	Encuesta Nacional de Hogares
ENDES	Encuesta Nacional de Demografía y Salud Familiar
EUROPAN	Programa de Apoyo Presupuestario al Programa Articulado Nutricional
FED	Fondo de Estímulo al Desempeño
FUAS	Ficha Única de Atención
GOR	Gerencia de Operaciones Registrales
GORE	Gobierno Regional
GRIAS	Gerencia de Restitución de la Identidad y Apoyo Social
INEI	Instituto Nacional de Estadística e Informática
IRA	Infección Respiratoria Aguda
LM	Lengua Materna
LME	Lengua Materna Exclusiva
MEF	Ministerio de Economía y Finanzas
MIDIS	Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social
MINSA	Ministerio de Salud
MMN	Multi-Micro Nutrientes
NSE	Nivel socio económico
OMS	Organización Mundial de la Salud
ORA	Oficinas Registrales Auxiliares
OREC	Oficinas de Registro Civil
PAN	Programa Articulado Nutricional
PI	Población Indígena
p.p.	Puntos porcentuales
PPR	Presupuesto por Resultados
RENIEC	Registro Nacional de Identificación y Estado Civil
SIS	Seguro Integral de Salud
SISFOH	Sistema de Focalización de Hogares
SWAP	Enfoque Sectorial Amplio de Apoyo Financiero
TDR	Términos de referencia
TGF	Tasa Global de Fecundidad
UGEL	Unidad de Gestión Educativa Local
ULE	Unidad Local de Empadronamiento
UNICEF	Fondo de Naciones Unidas para la Infancia
UCCTF	Unidad de Coordinación de Cooperación Técnica y Financiera

1. ANTECEDENTES

La República del Perú acordó en 2011 una operación de endeudamiento externo con el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento-BIRF (Decreto Supremo 102-2011-EF) hasta la suma de US\$ 25 millones de Dólares Americanos para financiar la intervención “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 la Amazonía Peruana.

El proyecto se propone: a) promover la demanda de los servicios de nutrición mediante el fortalecimiento de la eficacia operativa del Programa Nacional de Apoyo Directo a los Más Pobres - JUNTOS y b) mejorar la cobertura y la calidad de la oferta de servicios preventivos de salud y nutrición básicos en las comunidades donde se ejecuta el Programa JUNTOS.

El Proyecto opera a través de tres componentes principales: 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) Fortalecer 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. Habiéndose extendido la ejecución del proyecto a junio del 2017, corresponde realizar un conjunto de estudios que permitan recoger las lecciones aprendidas como resultado de la ejecución del proyecto.

2. PROPÓSITO

El propósito de este informe es actualizar el Diagnóstico Social del proyecto realizado en 2010. Se presenta la información y el análisis tanto cuantitativo (Inciso III - 6: 6.1, 6.2 y 6.3 de los TDR) como cualitativo (Inciso III-5 y 6: 6.4 y 6.5 de los TDR). El análisis cualitativo gira en torno a los resultados de la visita de campo a comunidades indígenas en Nieva-Condorcanqui-Amazonas y en Río Tambo-Satipo-Junín, siendo la primera, zona de intervención del proyecto y, la segunda, el caso a comparar pues en ésta no hay intervención del proyecto. El análisis cuantitativo consiste en la revisión de las bases de datos secundarias y primarias disponibles. Su propósito es actualizar y ampliar el Diagnóstico Social del proyecto realizado en 2010, con base en la data reciente referida a la situación de los pueblos indígenas en el país en cuanto a sus características demográficas, niveles de vida y acceso a servicios básicos. Se trata de evidenciar tanto las brechas según lengua materna como los avances que en indicadores claves se han logrado en los últimos años para la población indígena (PI). Se presenta y analiza data adicional referida al nivel de vida de esta población en el ámbito de intervención (Inciso 6.1 – III de los TDR) así como su acceso a servicios básicos (Inciso 6.2-III de los TDR).

Este informe se estructura en 3 secciones: en la primera se ofrece una mirada más integral del problema de la desnutrición crónica infantil (DCI) en el país y su evolución reciente, haciendo referencia a la evidencia sobre sus determinantes y a las políticas y programas para enfrentarlo; en la segunda sección presenta, analiza, amplía y actualiza la data sobre población indígena (PI) contenida en el Diagnóstico Social del proyecto MEF-BM y la tercera sección presenta la evidencia cualitativa del trabajo de campo en la región de Amazonas y Junín. En Amazonas, provincia de Condorcanqui, distrito de Nieva, se visitaron 3 comunidades awajún (Hebron, Kingkis y Nuevo Seasme) para realizar entrevistas directas con la población beneficiaria y sus líderes además de los funcionarios locales (Ver anexo 1). En Junín, provincia de Satipo, distrito de Río Tambo se trabajó en 3 comunidades ashaninka: Kirishiani, Cutivireni y Yuyato.

3. METODOLOGÍA

En este informe se utiliza tanto información secundaria como primaria. La información secundaria proviene del Censo 2007 y las Encuestas Nacionales de Hogares (ENAH) 2009 y 2015 así como las Encuestas Demográficas y de Salud Familiar (ENDES) 2011 y 2015. También se ha trabajado información específica sobre la PI de los distritos considerados utilizando los registros del Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH), de las bases de datos del Programa Nacional de Apoyo Directo a los más pobres-JUNTOS y del Seguro Integral de Salud (SIS), así como, de las bases de datos analíticas que elabora el MEF sobre la base de datos proporcionadas por las entidades como RENIEC, JUNTOS, SIS, entre otras. La información estadística se ha tabulado hasta la fecha más reciente disponible (2015 y octubre 2016) cubriendo el período 2007-2015 para la información demográfica y 2009-2016 para la social. La información cualitativa fue recogida a través de entrevistas a funcionarios del MEF y del BM involucrados con el proyecto y directamente en campo con base a entrevistas estandarizadas aplicadas a informantes claves¹ incluyendo autoridades locales, funcionarios de sectores y programas involucrados², líderes y miembros de las comunidades nativas (Anexo 1). El trabajo de campo se realizó del 10 al 17 de octubre en la zona de Condorcanqui y del 24 al 30 de octubre en la zona de Satipo.

La **variable independiente** en el análisis cuantitativo es la **lengua materna**, determinada por la lengua predominante que se hablaba en el hogar cuando el informante era menor de edad. Si bien este dato permite la comparabilidad entre diferentes fuentes oficiales, subestima la población que se considera indígena basada en su propia calificación de su identidad cultural o auto-identidad³. La literatura antropológica ha documentado la sub-estimación de la etnicidad,⁴ usando este indicador por dos razones básicas: la lengua no siempre coincide con la auto-identificación étnica, **se puede ser indígena y no dominar la lengua materna**. Ello ocurre especialmente entre las cohortes jóvenes y más integradas a la sociedad mayor. La segunda razón se refiere al eje del poder y prestigio. Debido a la discriminación étnica, muchos indígenas, especialmente los más aculturados⁵ (varones, migrantes y con mayor educación formal), tienden a negar su conocimiento de la lengua materna⁶. Otra limitación es que los datos de las ENAH y ENDES no consideran a los menores de 3 años según lengua materna. Por ello, estas cifras constituyen el estimado más bajo de lo que se podría considerar como población indígena en el país. Los datos del censo de 2017, en el que se utilizará la auto-identificación étnica, permitirán ajustar y mejorar la estadística referida a la población indígena para el Perú.

¹ Las normas éticas de investigación exigen el anonimato de informantes que no sean autoridades públicas.

² Incluyendo RENIEC, JUNTOS, Redes de Salud y programas de SIS, CRED, vacunación y multimicronutrientes

³ Valdivia, Néstor (2011). "El uso de categorías étnico/raciales en censos y encuestas en el Perú." GRADE, Lima.

⁴ Cuando la identidad étnica es auto-definida (ENAH 2012-2014) las proporciones son mayores que al preguntar sobre lengua materna; 22.8% vrs 14.4% entre los quechuas y 2.6% vrs 1.8% entre los amazónicos como proporción de la población total.

⁵ El concepto de aculturación, de uso común en la literatura antropológica, se refiere a la integración del indígena a culturas exógenas y pérdida de la identidad cultural originaria.

⁶ Angosto-Fernandez, Luis (2012) Everlasting countdown: race, ethnicity and nationalism in Latin America, Cambridge.

4. LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA⁷

La desnutrición crónica en menores de 5 años (DCI) se estima como una menor talla para la edad de acuerdo a una población de referencia. La DCI no es una enfermedad sino una condición que tiene como determinantes próximos con efecto acumulado, a la ingesta inadecuada de alimentos y nutrientes en especial durante la etapa de vida intra-uterina y los primeros 3 años de vida y a la incidencia de episodios repetidos de enfermedades prevenibles (especialmente EDA e IRA⁸). Como determinantes indirectos, la evidencia señala (MINSA 2012) tres grupos de factores: los referidos al contexto (acceso a agua segura y saneamiento y a servicios de CRED⁹ entre otros), el nivel socio-económico del hogar (lo que influye en el acceso a alimentos adecuados) y las prácticas de crianza (lactancia materna exclusiva (LME), creencias y prácticas alimentarias, higiene y detección y resolución temprana de morbilidad).

4.1. Dimensiones cuantitativas de la DCI

En el Perú hay más de 400 mil menores de 5 años que sufren de DCI (14.6%) y más de un millón que tienen anemia (35.6%) según la ENDES 2014. Los datos de la ENDES 2015 indican que la DCI habría tenido un importante descenso del 19.52% en 2011 al 14.4% para 2015 (Patrón OMS) y la anemia en menores de 3 años habría descendido en ese período del 46.8% a 43%.

Pese a las mejoras en estos indicadores, debidas entre otros factores a programas como el PAN y JUNTOS, estos promedios ocultan grandes brechas como se aprecia en el cuadro siguiente:

CUADRO 1. Evolución reciente de la DCI en menores de 5 años (Porcentajes)*

VARIABLE	INDICADOR	2011	2015	CAMBIO % (**)
Ámbito	Urbanos	10.1%	9.2%	-8.9%
	Rurales	37.0%	27.7%	-25.1%
Región	Lima metropolitana	6.8%	5.4%	-20.6%
	Resto de Costa	9.5%	10.8%	13.7%
	Sierra	30.7%	22.7%	-26.1%
	Selva	28.2%	20.3%	-28.0%
Educación	Hijos de madres sin instrucción	54.0%	35.9%	-33.5%
	Con primaria	35.4%	28.5%	-19.5%
	Con secundaria	12.9%	12.0%	-7.0%
	Con educación superior	5.4%	5.7%	5.6%
Total	Perú	19.5%	14.4%	-26.1%

Fuente: 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

Elaboración propia.

(*) Menores entre 0-59 meses al momento de la encuesta. Patrón /OMS. Son considerados desnutridos crónicos a niñas y niños cuya talla/edad es menor a 2 desviaciones estándar de la población de referencia. Niños y niñas con fecha de nacimiento y peso completos.

(**) Cambio % = $\frac{DCI\ 2011 - DCI\ 2015}{DCI\ 2011} \times 100$

Los datos revelan una reducción significativa al 2015 de la DCI en menores de 5 años a nivel nacional; un 26% menor a su nivel en 2011. Los mayores descensos se observan en las zonas rurales (-25%), en la Sierra (-26%) y Selva (-28%) y para los hijos de las madres sin instrucción (-33.5%). Todo ello contribuye a la equidad nutricional. Sin embargo, las brechas aún son importantes: la DCI en niñas y niños rurales es 3 veces mayor que entre los urbanos; más de 4 veces mayor entre las niñas y niños en la Sierra que en Lima y casi 6 veces más alta entre los hijos de madres analfabetas que entre las que cuentan con educación superior. Esta evidencia hace palpable la necesidad de enfocar los programas de salud nutricional en las zonas rurales, en especial de la Sierra y Selva, y para los hijos de las madres con menores niveles educativos como es el caso del programa objeto de esta consultoría.

⁷ Esta sección se refiere a los incisos 1,2 y 3 –III de los TDR.

⁸ EDA= Enfermedad Diarréica Aguda, IRA=Infección Respiratoria Aguda

⁹ CRED: Control de crecimiento y desarrollo

En cuanto a los determinantes indirectos, un estudio del INEI (2009) identificó cinco factores críticos en explicar los niveles de la DCI: i) el orden de nacimiento, ii) la educación de la madre, iii) la talla/edad de la madre, iv) el nivel socio-económico del hogar (NSE) y v) la tasa de pobreza distrital. Se compararon los datos de la ENDES de 1991-92 hasta el 2007. El factor principal del cambio en los niveles de DCI fue el NSE del hogar que explicaba el 64.7% de la varianza, la cual había descendido en 22 puntos porcentuales entre 1991-92 y 2007. El estudio del INEI no trabaja el indicador de ingreso/gasto monetario como determinante de la DCI el cual es un factor necesario, aunque no suficiente para la mejora en este indicador. Las variables de educación de la madre, talla/edad de la madre y tasa de pobreza del distrito explicaban cada una entre el 10-15% de la varianza en la DCI y no aumentaron su peso explicativo a diferencia del NSE del hogar que si lo hizo en el período de referencia. El orden de nacimiento y la tasa de pobreza distrital disminuyeron su fuerza explicativa durante el período considerado¹⁰. El estudio del INEI no considera en su análisis a las variables de acceso a servicios de salud (atención primaria y CRED) como determinantes de la DCI, siendo esta una de sus limitaciones. La principal conclusión del estudio es que el mayor peso e incremento de la relevancia del NSE del hogar como determinante del nivel de DCI, revela la persistencia de inequidades en las condiciones de vida de los hogares peruanos y las limitaciones de las políticas públicas para mejorar la equidad, así como la complejidad y multi-causalidad de la DCI.

Cabe señalar la importante asociación del nivel de ingreso con la DCI. En la ENDES 2015 se verifica que para menores entre 6-59 meses, el déficit de talla para la edad (indicador de DCI) es de 31.6% en el quintil 1 (el 20% más pobre) frente a solo el 2.8% para el quintil 5 (el 20% con mayores ingresos); un nivel 11 veces menor.¹¹ De ello deriva la importancia de mejorar los ingresos de la población como una estrategia complementaria al acceso de los servicios preventivos de salud para combatir la DCI.

4.2. Dimensiones culturales de la DCI en población indígena

Entre la población indígena amazónica hay una serie de conocimientos, actitudes y prácticas que influyen en la DCI. Algunas de estas prácticas deben evitarse y otras deberían aprovecharse para orientar y mejorar la crianza y alimentación infantil y ser incorporadas a las estrategias de salud preventiva y promocional de los servicios de salud con un enfoque intercultural, el que aún es muy precario. Para ello, sin embargo, se necesita recoger evidencia etnográfica basada en la “descripción densa” de los conocimientos, actitudes y prácticas de crianza para cada grupo étnico¹² lo que sin duda reclama recursos de tiempo y financieros adicionales a los que cuenta el PAN en la actualidad. A continuación, se detallan los principales hallazgos sobre estas prácticas y usos tomados de la literatura y de las observaciones de campo.

Los aspectos cualitativos referidos a los conocimientos tradicionales, actitudes y prácticas de crianza de niñas y niños entre la PI de la Amazonía son claves para entender la DCI. La evidencia antropológica es bastante limitada¹³ pero su revisión nos permite señalar algunos patrones comunes.

Un primer patrón cultural es que el cuidado de las niñas y niños, especialmente durante la primera infancia, recae casi totalmente en la madre; por ello la importancia de capacitarla en temas de alimentación (especialmente la lactancia materna exclusiva-LME) y cuidado infantil.

¹⁰ INEI-USAID. (2009) Factores socio-económicos que explican las diferencias nutricionales de nuestros niños. ¿Por dónde hay que atacar? Lima, octubre.

¹¹ INEI (2016). ENDES 2015, cuadro 10.17, pág. 313. Lima. El análisis del ingreso (nivel y estabilidad) como condicionante de la DCI es una tarea pendiente en el país.

¹² Un ejemplo de este tipo de trabajo etnográfico en la sierra es: Del Pino, Ponciano (2012). Repensar la desnutrición: Infancia, alimentación y cultura en Ayacucho, Perú. IEP, Lima.

¹³ UNICEF-UNMSM. (2012) “Para que crezcan bien: Crianza y capacidades en niñas y niños ashaninka, shipibo y yine del Ucayali”. Lima

Un segundo patrón cultural es la noción de la *cutipa*: referida a la creencia que los alimentos ingeridos por la madre durante el embarazo, transfieren al bebé características físicas del animal consumido. Por ello, se prohíbe a las madres gestantes el consumo de ciertas carnes de monte (*tontori*, *añuje* y oso hormiguero), de peces sin huesos (raya), pues esto hace que el niño nazca débil, sin fuerza y del cangrejo, pues camina en retroceso.

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 tabús para evitar “pasar el daño” al lactante, así como una serie de alimentos recomendables. Entre los asháninka las principales restricciones en la alimentación de la madre durante el post-parto son los frutos silvestres (*Tsiwana* y guaba, *pituca*, *tsimpiyi*, *pijuayo*, *mapocha*, palta, mango, bellaco, cocona, marañón, limón dulce, maduro y camote) así como carne de monte (de sajino, motelo, añuje, ronsoco, mono blanco, *meiri*, venado, majaz, etc.) y ciertas aves silvestres, peces e insectos. Por el contrario, se recomienda consumir una serie de alimentos cultivados (es decir “civilizados”): frutas tales como la naranja, la sandía, el plátano, la papaya y algunos cultivares como el choclo (tiene leche), frijol, arroz, maní y yuca entre otros. Son pocas las carnes recomendadas (*sachavaca*, *pitoni*, *maquisapa* y mono negro), aves (*paujil*, gallina, *pucacunga*, *zungururo*, etc.) peces (*doncella*, sardina, mojarra, *shiripira*, anchoveta, etc.) y algunos frutos cultivados (naranja, anóna, uvilla, guayaba, *pacae*, etc.) así como gusanos sin dientes (*papaso*)¹⁴. 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. Valdría la pena realizar una evaluación científica de estas dietas para estimar su valor nutricional, sin embargo, es notoria la ausencia de carnes rojas, lo que podría contribuir a la anemia materna.

Un cuarto patrón cultural es la idea de las dos semanas de “guarda” después del nacimiento, durante las cuales en especial la madre, pero también el padre, no deben salir o restringir las salidas de casa pues el recién nacido se encuentra débil. El período de “guarda” coincide con el plazo en que el cordón umbilical se seca y cae. Esta dedicación casi exclusiva de los padres al recién nacido durante las dos semanas posteriores al parto es una buena práctica pues es sabido que es durante este período que la mortalidad neo-natal puede alcanzar niveles altos. Sin embargo, no se aprovecha esta oportunidad para el acompañamiento y asesoría a los padres en la lactancia y el cuidado infantil durante este lapso crucial. Sería conveniente incorporar las visitas domiciliarias durante este período de “guarda” a las prácticas de salud preventiva y promocional de los servicios de salud que operan en los territorios de los pueblos indígenas.

Un quinto patrón cultural, esencial para la salud del menor, se refiere a la lactancia materna. En casi todas las sociedades tradicionales la práctica de la lactancia materna prolongada es la norma¹⁵. Esta práctica tiene no solo un efecto positivo en el desarrollo y la salud infantil, sino también en prolongar el efecto anovulatorio ampliando el intervalo intergenésico entre nacimientos, protegiendo así también a la salud de la madre. La evidencia etnográfica señala la práctica de lactancia materna hasta por dos años entre los pueblos indígenas amazónicos. La ablactancia (alimentación adicional a la lactancia) se inicia tardíamente hacia el final del primer año de vida e incluye alimentos como masa de yuca dulce, masato, chapo, caldo de gallina o pescado, huevos, y plátano chancado.

Entre los awajún de Condorcanqui, un estudio reciente concluye que¹⁶: a) La lactancia materna es prolongada, habitualmente hasta el año y medio, b) La ablactancia se inicia aproximadamente a los 4 meses, el llanto del menor es interpretado como una demanda por alimentos adicionales, c) sin embargo la ingesta de ciertos alimentos (ej. fideos) puede causar diarrea y d) La población indígena no entiende el valor y función de los multimicronutrientes (MMN) (“chispitas”) y por ello le atribuyen efectos secundarios, en especial diarrea en las niñas y niños que los ingieren. Se aprecia un déficit de alimentos ricos en hierro lo que podría estar contribuyendo a los altos niveles de anemia infantil en la PI (45.2% en Amazonas según la ENDES 2015). También se tiene evidencia en campo¹⁷ de que, durante las frecuentes festividades, las niñas y niños son alimentados solo con masato por

¹⁴ UNICEF, Óp. Cit. Cuadro 14.

¹⁵ De Vore, Irvin (ed). (1979) *Man the Hunter*. Aldine Pub. N.Y.

¹⁶ Medina, Armando: Estudio sobre Multimicronutrientes...BM, Lima noviembre 2015.

¹⁷ Aramburú, Carlos y Bedoya, Eduardo (2012): La dinámica del cambio en las comunidades del Bajo Urubamba: Informe a PLUSPETROL, Lima

períodos de hasta tres días, lo que puede contribuir a la incidencia de DCI. Además, ello inhibe la ingesta de las “chispitas” debido a que requieren ser disueltas en alimentos sólidos o semi-sólidos.

En las secciones 7 y 8 se analizan las barreras culturales específicas referidas a la interacción entre los proveedores de servicios públicos y la población indígena en cada uno de los dos ámbitos estudiados.

4.3. Políticas y programas para enfrentar la DCI

El proceso de priorización de la salud infantil y la lucha contra la DCI ha sido largo y complejo. En el plano internacional quizás la iniciativa inicial más importante fue la Conferencia Internacional de salud de Alma Ata (URSS) de setiembre 1978 que priorizó la atención primaria de la salud (APS) y la meta de salud para todos al año 2000. En esta conferencia internacional, se reconocieron a las desigualdades económicas, sociales y culturales como la base de las brechas en salud y enfermedad que existen entre los países ricos y pobres y al interior de los países menos desarrollados. La OMS y UNICEF fueron aludidas expresamente como instancias de conocimiento y asistencia técnica para la APS. Aunque no se hizo mención explícita a la salud infantil (o materna) se sobreentiende que estos problemas formaban parte central del cambio de estrategia sanitaria que la APS significaba. Dos décadas después, en el 2000, el Sistema de Naciones Unidas convoca a 189 países miembros para establecer 8 metas de desarrollo al año 2015. Esta iniciativa de su Secretario General, el egipcio Butros-Ghali, trataba de responder a la recesión económica y la crisis del petróleo de la década de 1980 así como a las limitaciones que la ayuda para el desarrollo presentaba, problemas que se hicieron patentes en la década de 1990.

En las Metas del Milenio hay por lo menos tres, la primera (Eliminación de la pobreza extrema y el hambre), la cuarta (Reducción significativa de la mortalidad Infantil) y la quinta (Reducción a la mitad de la mortalidad materna), que están asociadas con la salud materno-infantil¹⁸. Es indudable que estos instrumentos internacionales, de los que el Perú es signatario, pavimentaron el camino para colocar a la salud infantil, y en especial a la reducción de la DCI, en el centro de las prioridades políticas nacionales.

En su discurso inaugural frente al Congreso de la República de julio 2007, el presidente de la República del Perú Alan García anunció la meta de reducir la DCI a menos del 16% para el 2011 (de un nivel estimado del 24% para esa fecha (según patrón NCHS)¹⁹. “En la gestión anterior del presidente Toledo, el tema no había logrado prioridad y persistía un enfoque asistencialista en los servicios de salud materno-infantil. Esta prioridad se fortaleció entre 2008-2012 al figurar con recursos asignados en los Proyectos Presupuestales, presentados por el Premier ante el Congreso de la República y en el Marco Macroeconómico Multianual 2008-2011”²⁰.

Según el documento de EUROPAN²¹ del 6/2015, tres procesos de gestión confluyeron para viabilizar las acciones de reducción de la DCI en el país; su prioridad política sostenida como meta nacional, el Presupuesto basado en Resultados (PpR) y el Apoyo Presupuestal (AP) como mecanismo financiero de apoyo internacional directo al presupuesto nacional. En noviembre de 2009 se firma el convenio para el proyecto EUROPAN (No. 2014/3151160/1) entre el gobierno peruano (APCI y MEF) y la Comunidad Europea (CE) por 60.8 millones de euros destinando 60 millones para AP y 0.8 millones para asistencia técnica y auditorías. Los fondos del AP son transferidos directamente al MEF como entidad ejecutora vía la DGPP al cumplimiento de metas de política económica y fiscal y las específicas del programa. A su vez el MEF-DGPP transfiere estos recursos a través de Convenios de Apoyo Presupuestario con entidades nacionales (SIS, JUNTOS y RENIEC) y regionales (a 6 gobiernos regionales: Apurímac, Ayacucho, Cajamarca, Huánuco y Huancaavelica). El modelo de EUROPAN se basa en tres criterios de elegibilidad: (política macro-

¹⁸ NNUU. (2000). Los Objetivos de Desarrollo del Milenio. N.Y. USA.

¹⁹ Según ese mismo patrón la meta se cumplió pues para 2011 la DCI se estimó en 15.2%: ENDES 2011, cuadro 13.2 p. 362, Lima 2012.

²⁰ Citado de: Unión Europea, (Junio 2015) Sistematización del Programa de Apoyo Presupuestal al PAN-EUROPAN, Reporte Final, página 9. Lima.

²¹ Unión Europea. (Junio 2015) Sistematización de Programa de Apoyo Presupuestal al PAN-EUROPAN, Reporte Final, Lima.

económica, gestión de las finanzas públicas e implementación del programa de lucha contra la DCI (PAN) y el cumplimiento de metas establecidas con base a 4 indicadores: i) Porcentaje de menores de 36 meses con vacunas completas, ii) porcentaje de menores de 36 meses con CRED completo, iii) porcentaje de gestantes con suplemento de hierro y iv) porcentaje de menores de 24 meses con suplemento de hierro²².

Reforzando este compromiso, la República del Perú acordó en 2011 una operación de endeudamiento externo con el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento-BIRF (Decreto Supremo 102-2011-EF) hasta la suma de US\$ 25 millones de Dólares Americanos para financiar la intervención “Cierre de brechas en productos priorizados del Programa Articulado Nutricional” bajo la modalidad de Enfoque Sectorial Amplio de Apoyo Financiero” (SWAP). Dicha modalidad permite que el Banco Mundial realice desembolsos al Gobierno Peruano en el marco de la referida intervención, sobre la base de la obtención de resultados esperados relacionados con la reducción de la DCI. Es en ese sentido que la Dirección General de Presupuesto Público (DGPP) del MEF asume la coordinación técnica del Proyecto y la Unidad de Coordinación de Préstamos Sectoriales (UCPS), la coordinación administrativa de los componentes I y III²³.

Como se ha señalado, 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. Se trata de un enfoque que se orienta a reforzar la oferta, incrementar la demanda y mejorar la gestión de los servicios, a través del financiamiento complementario de un subgrupo de actividades del PAN. El proyecto se propone: a) promover la demanda de los servicios de nutrición mediante el fortalecimiento de la eficacia operativa del Programa Nacional de Apoyo Directo a los Más Pobres - JUNTOS y b) mejorar la cobertura y la calidad de la oferta de servicios preventivos de salud y nutrición básicos en las comunidades donde opera JUNTOS.

Como ya se ha señalado, para lograr sus objetivos el Proyecto opera a través de tres componentes principales: i) Fortalecimiento y consolidación del Programa JUNTOS para las familias con niños menores de 36 meses, ii) Mejorar 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) Fortalecer 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.

Aunque en el documento del proyecto²⁴ se indica que se han seleccionado 3 regiones (Amazonas, Cajamarca y Huánuco) en atención a sus niveles de pobreza y la presencia de JUNTOS, este trabajo se centra en un distrito de Amazonas, provincia de Condorcanqui (Nieva) como zona de intervención del proyecto y otro en Junín, provincia de Satipo (Río Tambo) como caso de contraste. Esta última zona fue incluida en el Diagnóstico Social de 2010 pero no tuvo presencia del proyecto “Cierre de brechas en productos priorizados del Programa Estratégico Articulado Nutricional”. Este informe actualiza el Diagnóstico Social inicial del proyecto con base a data estadística de nivel nacional, regional y distrital (Inciso 6; 6.2 y 6.3 de los TDR) sobre la PI y presenta evidencia cualitativa primaria basada en el trabajo de campo en 6 comunidades nativas de Amazonas-Condorcanqui-Nieva y Junín-Satipo-Río Tambo (Inciso 5 y 6.4, 6.5 de los TDR).

²² Unión Europea, op cit, pág. 36.

²³MEF-BM. (2011). “Cierre de brechas en productos priorizados del PAN” Contrato de préstamo No. 7961-PE. Lima

²⁴ MEF-BM. (2011) op. cit., Lima

5. RESULTADOS CUANTITATIVOS: POBLACIONES INDÍGENAS A NIVEL NACIONAL

Esta sección del informe se basa en la presentación y análisis de data nacional sobre la PI amazónica y sus características y condiciones de vida en relación a otros grupos indígenas y no indígenas del país. El propósito de acuerdo al inciso 6 (6.2 y 6.3) de los TDR, es elaborar un Diagnóstico Social actualizado tomando como base el elaborado por el proyecto en 2010²⁵. Este último contiene información estadística limitada a la tasa de DCI por diversos ámbitos rurales y lengua materna basada en la ENDES 2007 y datos sobre acceso físico a servicios de salud para 9 departamentos. Dicho Diagnóstico se limita además a las regiones de Ayacucho y Junín en tanto que en esta sección presentamos data agregada para todo el país. En la sección 6 se presenta la información regional y local para las zonas estudiadas (Distritos de Nieva en Condorcanqui-Amazonas y Río tambo en Satipo-Junín). Los criterios de selección de estos dos distritos se presentan en la sección 7 y 8 respectivamente.

5.1. Población según lengua materna

En el cuadro 2 presentamos la evolución de la población nacional según lengua materna para el período 2007-2015. La data se basa en las proyecciones del INEI sobre los resultados del censo 2007 y estimados de las ENAHO para el período de referencia²⁶. Nótese que la migración por sí misma no afecta estos resultados pues la lengua materna sigue siendo la misma en dondequiera se encuentre la persona entrevistada siempre y cuando permanezca en el ámbito nacional. Lo que sí ocurre es un efecto cultural asociado a la migración, en el sentido que el migrante, como parte de su proceso de aculturación²⁷, desvaloriza y niega su lengua materna, originando un sesgo de declaración como se discutirá más adelante. Como se sabe la población cuya lengua materna declarada es el castellano fue y sigue siendo mayoritaria; 81.9% en 2007 y 82.7% en 2015. Entre las lenguas nativas destaca el quechua con un 15.3% de la población total en 2007 y 14.4% para 2015. Algo similar sucede con la población que declara al aymara como lengua materna; se aprecia una ligera reducción del 1.9% de la población total en 2007 a 1.7% para 2015. Por el contrario, la población que declara otra lengua nativa como lengua materna, en la que se incluyen los pueblos amazónicos, parece haber aumentado su peso proporcional del 0.6% en 2007 a 0.9% en 2015.

Es posible argumentar que los cambios en estas cifras responden a dos procesos diferenciados. De un lado los niveles de fecundidad más altos de las poblaciones indígenas amazónicas; las TGF²⁸ en los departamentos amazónicos que concentra población indígena (Amazonas: 3.6 H/M; Loreto 3.8H/M; Ucayali 3.5 H/M) están por encima del promedio nacional (2.4 H/M) lo que contribuye a su mayor crecimiento demográfico. De otro lado, la disminución relativa de la PI según lengua materna se debe a un proceso de cambio cultural que lleva a algunos grupos indígenas, los más integrados, a desconocer y desvalorizar su lengua autóctona lo que parece ocurrir para los quechua y aymara-hablantes como efecto de su mayor experiencia migratoria y occidentalización y por el contrario, a revalorizarla y reconocerla, lo que podría estar ocurriendo entre los indígenas amazónicos. Sin embargo, no se cuenta con estudios específicos al respecto, por lo que esta interpretación de las tendencias demográficas según lengua materna es, en el mejor de los casos, provisional.

²⁵ MEF-UCPS-DNPP. (2010) "Diagnóstico Social sobre la inclusión de hogares indígenas en el programa JUNTOS y los servicios nutricionales y de salud preventiva asociados" Lima.

²⁶ Estas proyecciones son aproximadas pues no se basan en data intercensal, las ENAHO no permiten estimados de población según lengua materna precisos por restricciones del tamaño muestral. Estas proyecciones sub-estiman a la población menor a los 3 años que no se registra según LM. El censo de 2017 debe proporcionar data fidedigna de población indígena basada en la auto-identificación.

²⁷ La aculturación en la literatura antropológica es la pérdida de la identidad cultural originaria por integración a la sociedad moderna.

²⁸ TGF= Tasa Global de Fecundidad; número promedio de hijos por mujer entre 45-49 años.

CUADRO 2: Población por lengua materna (Número de personas)

Lengua Materna	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Quechua	4'166,728	4'097,345	4'188,209	4'186,902	4'293,740	4'385,718	4'324,830	4'353,159	4'352,470
Aymara	518,870	524,170	486,664	495,818	492,516	497,271	539,163	539,709	522,817
Otra lengua nativa	170,951	196,991	187,056	184,879	205,290	191,233	183,607	230,662	282,600
Castellano	22'307,429	22'861,302	23'181,864	23'498,287	23'714,053	24'266,882	24'695,848	24'884,227	25'057,453
Inglés	21,341	16,289	17,169	10,973	24,574	38,075	16,922		
Portugués	8,666	10,544	6,580	7,051	8,394	12,252	14,440	21,098	19,898
Otra lengua extranjera	12,137	17,273	20,234	13,679	13,304	11,659	17,903	18,884	13,336
Es sordo mudo	30,760	38,844	40,168	36,742	38,465	34,132	42,322	51,875	42,373
Total	27'236,882	27'762,758	28'127,944	28'434,331	28'790,336	29'437,222	29'835,035	30'099,614	30'290,947

Fuente INEI, Censo 2007 y ENAHO 2008-2015
Elaboración propia.

5.2. Composición por sexo según lengua materna

En el cuadro 3 se presentan los índices de masculinidad para el mismo período lo que es un indicador de la composición por sexo para cada grupo lingüístico.

CUADRO 3. Índice de masculinidad* según lengua materna

Lengua	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Quechua	91.9	90.1	89.0	90.6	91.7	90.8	89.0	86.2	87.7
Aymara	105.2	93.7	105.0	99.1	97.7	94.9	93.4	98.4	94.3
Otra LN	85.1	94.4	103.6	100.4	105.5	103.3	102.8	98.8	100.3
Castellano	96.5	96.5	97.4	97.1	97.5	96.8	98.0	96.5	95.9
Perú	95.8	95.5	96.3	96.2	96.7	95.8	95.7	95.1	94.7

*No. de Varones/No. Mujeres x 100.

Fuente INEI, ENAHO 2007-2015

Elaboración propia.

Pese a la variabilidad de las cifras, se aprecia que en la población quechua-hablante el índice de masculinidad es más bajo, especialmente en los últimos años, predominando las mujeres sobre los varones en esta población (alrededor de 87 varones por cada 100 mujeres). La mayor integración de la población quechua a la modernidad, por migración urbana y mayor acceso a la educación formal, en especial en el caso de los varones, influyen en este sesgo de declaración sobre la lengua materna. Hay un mayor balance entre los sexos entre los aymara-hablantes y un predominio de varones en la población nativa amazónica. En la población cuya lengua materna es el castellano predominan las mujeres (100 por cada 96 varones) y algo similar sucede a nivel de la población total del país. La migración interna no afecta directamente a la lengua aprendida durante la niñez, y aunque la lengua es portable, el menor índice de masculinidad, especialmente entre la población quechua, se debe probablemente a un sesgo declarativo, en la medida que los varones, al ser más aculturados como consecuencia de la migración y acceso a la educación formal, niegan en mayor proporción que las mujeres, su verdadera lengua materna.

5.3. Composición por grupos de edad según lengua materna²⁹

Los diferenciales en las variables demográficas, fecundidad, mortalidad por edad y migración selectiva por edad, así como los cambios culturales determinan fuertes variaciones en la composición por edad de las poblaciones indígenas en comparación con la no-indígena. El cuadro 4 resume la información disponible para los años 2007, 2009 y 2015. La interpretación de estos datos es compleja pues responde a dos procesos independientes; el demográfico asociado a disminución en la fecundidad, la prolongación de la esperanza de vida y en consecuencia al envejecimiento demográfico y al proceso de cambio en patrones culturales (pérdida o negación de la lengua materna) consecuencia de la modernización. Los resultados son reveladores; en la población andina (quechuas y aymara-hablantes) se aprecia un fuerte proceso de envejecimiento. El 27% de los quechua-hablantes y más del 31% de los aymara-hablantes son mayores de 60 años. Además, el peso de este grupo etéreo ha aumentado en forma significativa en los últimos 8 años (7 puntos porcentuales entre los quechua-hablantes y casi 12 p.p. entre los aymara-hablantes). Ello se debe principalmente a factores de orden cultural; la pérdida de la lengua quechua entre la población joven. Es así que podríamos hablar de un "**envejecimiento étnico**" en el ande peruano. En contraste, en la población con el castellano como lengua materna, la proporción de adultos mayores es de un 12% aunque está creciendo por el descenso de la fecundidad. El envejecimiento entre las poblaciones indígenas **andinas** se explica no solo por la mejora en la expectativa de vida, pues esta es mayor entre los no-indígenas cuya estructura por edad es mucho más joven, sino además por la reticencia de los jóvenes, en especial los migrantes, en admitir su lengua materna originaria. Los nativos amazónicos por el contrario muestran una estructura etérea muy joven con más del 30% de su población menor de 12 años y otro 12-13% de adolescentes y tan solo un 5% de adultos mayores. Revisando las proyecciones por edad para el 2013 del INEI³⁰ en las zonas de estudio,

²⁹ Nótese que el dato de edad por LM excluye a los menores de 3 años, lo que sub-estima su peso en especial en la PI por sus mayores niveles de fecundidad como ya hemos señalado.

³⁰ Ver web INEI: inei.gob.pe/Población/ población al 30 de junio (2013) por grupos quinquenales de edad según distrito, provincias y departamentos,

confirmamos la sub-estimación de los menores si se utiliza el dato por lengua materna. Así en los distritos en los que predomina la PI en Condorcanqui, encontramos que entre el 16.7% (Nieva) al 19.4% (Río Santiago) de la población tiene entre 0 y 4 años. En el caso de Satipo, Río Tambo la proporción de menores de 5 años es similar: 16.8%.

CUADRO 4. Composición etárea según lengua materna (%)

Lengua	Año 2007						Total
	Niños		Adolescentes	Adultos		Adulto mayor	
	3 a 7 años	8 a 11 años	12 a 17 años	18 a 29 años	30 a 59 años	60 a más años	
Quechua	6.1	6.4	9.9	14.9	42.7	20.0	100.0
Aymara	3.5	4.4	8.4	19.8	44.3	19.7	100.0
Otra lengua nativa	19.3	13.6	14.7	19.5	28.1	4.7	100.0
Castellano	10.7	9.5	14.9	22.1	33.5	9.3	100.0
Lengua	Año 2009						Total
	Niños		Adolescentes	Adultos		Adulto mayor	
	3 a 7 años	8 a 11 años	12 a 17 años	18 a 29 años	30 a 59 años	60 a más años	
Quechua	4.7	5.4	9.6	13.1	44.9	22.4	100.0
Aynara	2.2	3.3	6.2	15.9	48.4	24.0	100.0
OtralLengua nativa	16.9	14.6	16.5	19.5	27.6	4.9	100.0
Castellano	10.4	9.0	14.9	22.2	33.9	9.6	100.0
Lengua	Año 2015						Total
	Niños		Adolescentes	Adultos		Adulto mayor	
	3 a 7 años	8 a 11 años	12 a 17 años	18 a 29 años	30 a 59 años	60 a más años	
Quechua	2.8	4.0	7.6	12.4	46.1	27.2	100.0
Aymara	1.5	2.2	5.5	12.0	47.3	31.5	100.0
Otra lengua nativa	18.0	12.5	14.6	17.0	32.2	5.7	100.0
Castellano	10.1	8.7	12.5	20.6	35.9	12.2	100.0

Fuente: INEI, ENAHO 2007, 2009 y 2015.
Elaboración propia.

Las implicancias de política de estas diferentes estructuras etáreas son claras; las poblaciones andinas que conservan su lengua materna están compuestas mayormente por adultos mayores, predominando las mujeres por su mayor longevidad. En muchos casos estos adultos mayores indígenas carecen de apoyo familiar por la emigración de sus hijos, de ahí la importancia de extender programas como Pensión 65 hacia estos adultos mayores por su mayor vulnerabilidad. Al mismo tiempo, es prioritaria la conservación y rescate de las lenguas originarias entre las niñas, niños y jóvenes andinos para rescatar y preservar su identidad cultural. Por el contrario, las poblaciones indígenas amazónicas son sociedades de niñas, niños y adolescentes y ellos deberían ser la prioridad por su mayor peso poblacional y para conservar su identidad cultural y mejorar sus condiciones de vida.

5.4. Distribución urbano/rural

La distribución territorial de la población indígena es otra de las dimensiones que caracterizan y diferencian a estos grupos entre sí y con respecto a la población no indígena. En el cuadro 5 se presenta la información para 2007, 2010 y 2015.

CUADRO 5. Distribución urbano/rural según lengua materna (%)

Lengua	2007		2010		2015	
	Urbana	Rural	Urbana	Rural	Urbana	Rural
Quechua	43.3	56.7	45.3	54.7	51.0	49.0
Aymara	43.0	57.0	46.2	53.8	46.8	53.2
Otra lengua nativa	9.5	90.5	8.9	91.1	12.5	87.5
Castellano	79.0	21.0	80.1	19.9	82.3	17.7

Fuente INEI, ENAHO 2007, 2010 y 2015.

Elaboración propia.

Son evidentes las diferencias en cuanto a la distribución territorial según lengua materna. La población castellano-hablante está fuertemente urbanizada (más del 80%) y la tendencia a su concentración en ciudades se mantiene durante el período estudiado (+3.3 p.p.). Los quechua hablantes están distribuidos en forma equitativa entre el campo y la ciudad, aunque se aprecia una tendencia hacia su urbanización incluso más rápida que para el caso de los no-indígenas (+7.7 puntos porcentuales) debido al proceso de migraciones internas del campo a la ciudad. La población cuya lengua materna es el aymara sigue siendo mayormente rural (53%), pero también se aprecia una tendencia, algo menor, a su desplazamiento hacia centros urbanos (+3.8 p.p.) en el período analizado. Finalmente, la población nativa amazónica es aun fuertemente rural (casi el 90%) aunque también se aprecia un ligero incremento en su urbanización (+3 p.p.) entre 2007 y 2015. La creciente presencia de indígenas en las ciudades es un fenómeno creciente en países como Perú, Ecuador y México³¹.

En cuanto a focalización de políticas y programas de desarrollo, queda claro que la prioridad para los grupos indígenas, en especial para los amazónicos, está en aquellos que operen y atienden las necesidades y fortalecen las oportunidades de su entorno rural.

5.5. Educación y lengua materna

Una de las dimensiones claves de las condiciones de vida y de la equidad es el acceso a la educación formal. Para estos, como para los otros indicadores de condiciones de vida, se analizarán tanto las brechas como las tendencias según lengua materna. En el cuadro 6 se presenta la información pertinente. Lo primero que resulta evidente son las grandes brechas que en cuanto al nivel educativo tienen las poblaciones indígenas respecto de las no-indígenas. Los niveles más bajos para 2015 se aprecian entre los indígenas amazónicos, entre los que un 44% de los mayores de 15 años solo alcanzan la primaria incompleta y tan solo el 14.5% y menos del 5%, tienen secundaria completa o educación superior respectivamente. Los quechua-hablantes presentan niveles similares con el 42.1% con solo primaria incompleta, 22% con secundaria completa y solo 6% con educación superior para esa misma fecha. La población aymara tiene mejores niveles educativos, pero, aun así, muy inferiores a los de la población no-indígena: 36% tiene primaria incompleta, 27% secundaria completa y 8% nivel superior, en tanto que entre los no-indígenas menos del 13% tienen solo primaria incompleta, más del 43% tienen secundaria completa y casi un 20% cuentan con educación superior para el 2015.

CUADRO 6. Educación según lengua materna en mayores de 15 años (%)

Lengua	Año 2007				
	Primaria incompleta	Primaria Completa	Secundaria Completa	Superior Completa	Total
Quechua	45.9	30.9	17.8	5.5	100.0

³¹Carrasco, Tania (ed). (2003) Exclusión social y estrategias de vida en los indígenas urbanos de Perú, México y Ecuador. Ed. RISPERGRAF, Quito, Ecuador.

Aymara	33.8	32.0	25.1	9.2	100.0
Otra lengua nativa	47.8	35.5	14.5	2.2	100.0
Castellano	14.7	26.1	40.3	18.8	100.0

Lengua	Año 2009				
	Primaria incompleta	Primaria Completa	Secundaria Completa	Superior Completa	Total
Quechua	46.4	30.4	17.6	5.7	100.0
Aymara	36.5	29.1	26.0	8.4	100.0
Otra lengua nativa	43.0	37.7	17.1	2.2	100.0
Castellano	14.2	25.2	41.1	19.6	100.0

Lengua	Año 2015				
	Primaria incompleta	Primaria Completa	Secundaria Completa	Superior Completa	Total
Quechua	42.1	29.5	21.9	6.4	100.0
Aymara	36.0	28.8	26.8	8.4	100.0
Otra lengua nativa	43.7	37.5	14.5	4.4	100.0
Castellano	12.8	24.0	43.5	19.7	100.0

Fuente INEI, ENAHO 2007, 2009 y 2015.
Elaboración propia.

Las brechas educativas son palpables especialmente para el caso de los nativos amazónicos quienes sufren de los niveles educativos más bajos de todos los grupos indígenas del país. Además, cabe notar que estas brechas educativas no han mejorado mucho en todo el período considerado.

Para confirmar estos resultados se presenta en el cuadro 7 el porcentaje de analfabetos en la población mayor de 15 años según su lengua materna. Se comprueba que en 2015 estos niveles son mayores entre los nativos amazónicos (casi 22%) y entre los quechua-hablantes (21.5%). Entre los aymara son poco más del 18%. En contraste entre la población no-indígena el analfabetismo es de tan solo 4%. Este indicador ratifica los altos niveles de exclusión educativa que sufren los pueblos indígenas con niveles de analfabetismo cinco veces mayores a los de los no-indígenas.

CUADRO 7. Analfabetismo según lengua materna mayores de 15 años (%)

Lengua	2007	2009	2015
	Analfabeta	Analfabeta	Analfabeta
Quechua	25.5	24.8	21.5
Aymara	19.5	20.6	18.3
Otra lengua nativa	30.6	22.4	21.9
Castellano	5.5	5.0	4.2

Fuente, INEI: ENAHO 2007, 2009 y 2015.

Elaboración propia.

5.6. Condiciones de salud infantil según lengua materna³²

Dos indicadores emblemáticos de la condición de salud de una población son la desnutrición crónica en menores de 5 años (medida por la talla/edad) y la proporción de nacimientos con bajo peso al nacer (-2.5 kgs). El dato de DCI permite estimar las condiciones y calidad de la nutrición para la infancia, y el bajo peso al nacer, las condiciones del embarazo asociada a la nutrición y a la salud materna. La data disponible se presenta en los cuadros 8 y 9, referente a la lengua materna de la madre.

CUADRO 8. Desnutrición Crónica Infantil* según lengua materna (%)

Lengua materna	2009	2015
Castellano	20.7	12.7
Quechua	50.4	34.3
Aymara	22.2	19.4
Otras lenguas indígenas**	53.1	48.4
Nacional	23.8	14.3

*Menores de 5 años con DCI según patrón OMS. ** Incluye a menores con lenguas maternas amazónicas

Fuente: INEI. ENDES 2009, 2015

Elaboración propia.

CUADRO 9. Bajo peso al nacer según lengua materna (%)

Lengua materna	2009	2015
Castellano	7.0	7.4
Quechua	8.5	9.5
Aymara	3.1	3.6
Otras lenguas indígenas*	8.4	8.1
Nacional	6.4	7.1

Porcentaje de nacimientos con menos de 2.5 kgs. Se refiere a menores con lenguas maternas amazónicas.

Fuente: INEI. ENDES 2009, 2015.

Elaboración propia.

Respecto a la DCI se aprecian enormes brechas que afectan sobre todo a la población indígena amazónica; la desnutrición entre sus menores es 3.8 veces mayor que entre la de los niños cuya lengua materna es el castellano. Asimismo, la brecha en DCI de los menores quechua hablantes es de 2.3 veces mayor que entre los menores no-indígenas.

En la población aymara la brecha es bastante menor; 1.5 veces por lo que esto merece ser investigado para entender como se ha logrado este resultado entre este grupo indígena, aunque también debe notarse que el ritmo de descenso de la DCI en estos prácticamente se ha estancado en el período analizado. Cabe notar que pese a la reducción en los últimos 5 años de los niveles de DCI, en especial para los niños quechua-hablantes (-16 p.p.), las

³²Los datos sobre DCI recogidos de la ENDES se refieren a la lengua materna de la madre.

brechas en la DCI según etnicidad han aumentado, en especial para los grupos amazónicos. Ello no hace sino reforzar la importancia de los proyectos como el que estamos evaluando.

Respecto al bajo peso al nacer se aprecian asimismo diferencias en contra de los recién nacidos indígenas, en especial entre los de madres quechua-hablantes entre los que el 9.5% tienen bajo peso al nacer. Como en el indicador anterior, las brechas en este indicador son mayores entre la niñez indígena especialmente la quechua hablante y la de lenguas amazónicas respecto del castellano-hablante. Cabe notar que este indicador se ha deteriorado para todos los grupos considerados, con excepción de los amazónicos, aunque aún entre esos la reducción es mínima.

En el cuadro 10 se presenta la data estimada de la ENDES sobre incidencia de IRA y EDA en menores de 5 años según lengua materna. Es notable la mejora en estos indicadores para la población amazónica de indígenas menores de 5 años: entre 6 a 7 puntos porcentuales en ambos indicadores, en contraste con el estancamiento para los castellano hablantes y un retroceso alarmante, en especial en la incidencia de EDA entre quechuas y aymaras. Ello amerita un diagnóstico que explique las causas de la mayor incidencia de EDA sobre todo teniendo en cuenta la prioridad dada al saneamiento por el actual gobierno. Pese a la mejora señalada, las niñas y niños indígenas en la Amazonía aún tienen los niveles más altos de incidencia de estas morbilidades.

CUADRO 10. Incidencia de IRA y EDA según lengua materna (%)

Lengua materna	2009		2015	
	IRA	EDA	IRA	EDA
Castellano	16.2	14.5	15.2	12.0
Quechua	13.9	9.5	14.4	11.1
Aymara	9.5	4.1	8.5	9.2
Otras lenguas indígenas	22.3	22.1	15.9	15.2
Nacional	16.0	14.0	15.1	12.0

IRA: Menores de 5 años que en las 2 semanas anteriores presentaron tos con respiración rápida o dificultad para respirar. EDA: menores de 5 años con diarrea en las dos semanas anteriores a la encuesta. Datos estimados de ENDES 2009 y 2015.

CUADRO 11. Tipo de profesional que asistió el parto según lengua materna (%)

Lengua materna	2009			2015		
	Atendido por profesional	No atendido por profesional	Total	Atendido por profesional	No atendido por profesional	Total
Castellano	83.0	17.0	100.0	91.5	8.5	100.0
Quechua	61.3	38.7	100.0	85.6	14.4	100.0
Aymara	54.2	45.8	100.0	77.4	22.6	100.0
Otra lengua nativa*	13.8	86.2	100.0	14.3	85.7	100.0
Lengua extranjera	96.1	3.9	100.0	98.4	1.6	100.0
Total	80.0	20.0	100.0	90.2	9.8	100.0

* incluye todas las lenguas amazónicas.

Fuente: INEI, ENDES 2009 y 2015.

Elaboración propia

Una de las condiciones asociadas al buen inicio de la vida de un menor es el parto seguro. El cuadro 11 presenta la data a nivel nacional sobre el porcentaje de partos que son atendidos por un profesional de la salud (médico u obstetrix) y aquellos atendidos por personal auxiliar (enfermeras, técnicos sanitarios), promotores de salud, comadrones o familiares que pueden no tener las competencias requeridas especialmente si se presentara alguna complicación. Los datos revelan grandes brechas y mejoras diferenciadas según etnicidad entre 2009 y 2015. Como

en el caso de los indicadores analizados anteriormente, la mayor cobertura de partos atendidos por profesionales se da en la población hablante del castellano como su lengua materna (más del 91% en 2015), una mejora de 8.5 puntos porcentuales en el período considerado. La cobertura es también alta, aunque menor a la del grupo anterior entre los quechua-hablantes; casi un 86% tienen acceso al parto atendido por profesional en 2015: una mejora de 24.3 p.p. Entre las madres aymaras la cobertura es menor alcanzando el 77% para 2015, pero también se constata una mejora significativa respecto de 2009: 23.2 p.p. Para estos dos grupos étnicos la cobertura del parto asistido por profesionales ha tenido una mejora significativa en tan solo 5 años. Lamentablemente no puede afirmarse lo propio para las madres indígenas amazónicas: el acceso a parto asistido por profesionales se estanca en tan solo un 14% durante el período analizado. Como señalamos más adelante la dispersión geográfica, falta de vías de acceso y las barreras culturales son obstáculos que aún no han podido superarse en el caso de esta población.

Respecto del acceso a saneamiento (agua y desagüe por conexión domiciliar de red pública), otro de los factores claves que inciden en la salud materno-infantil, los datos del cuadro 12 ilustran las diferencias según lengua materna para el mismo período; 2009-2015.

Como en el caso del indicador anterior existen claras brechas por etnicidad en cuanto al acceso a saneamiento: la población con el castellano como lengua materna tiene los menores déficits; para 2015, 17% no cuentan con agua de red pública en la vivienda y 37% carecen de desagüe en la misma. La mejora entre 2009 y 2015 es de 12.2 p.p. y 6.5 p.p. respectivamente. Entre la población quechua hablante un 19.5% carece de servicio de agua y casi 62% de desagüe; la mejora ha sido de 27 p.p. en agua y 11.5 p.p. en acceso a desagüe. Entre la población cuya lengua materna es el aymara, el 24% carecía de servicio de agua en la vivienda y casi la mitad carecía de desagüe para 2015. La reducción del déficit en saneamiento ha sido de 17.2 p.p. en agua y 8.9 p.p. en acceso a desagüe. Al igual que en el indicador de parto atendido, las mejoras relativas han sido un poco mayores para estas etnias andinas. Sin embargo, entre los pueblos indígenas amazónicos estos servicios son casi inexistentes: aún en 2015 un 70% de sus viviendas carecen de agua y más del 97% de desagüe. Se aprecia una mejora en el primer indicador con una reducción de casi 20 p.p. pero el acceso a desagüe en la vivienda casi no ha mejorado. Estas cifras confirman así la mayor exclusión de los servicios públicos básicos de la población indígena amazónica lo que incide en sus niveles de salud ya señalados.

CUADRO 12. Acceso a saneamiento en la vivienda según lengua materna (%)

LENGUA MATERNA/INDICADOR	2009	2015
CASTELLANO		
No cuenta con acceso a red pública de agua	29.2	17.0
No cuenta con acceso a red pública de desagüe	43.5	37.0
QUECHUA		
No cuenta con acceso a red pública de agua	46.5	19.5
No cuenta con acceso a red pública de desagüe	73.1	61.6
AYMARA		
No cuenta con acceso a red pública de agua	41.4	24.2
No cuenta con acceso a red pública de desagüe	58.5	49.6
OTRA LENGUA NATIVA*		
No cuenta con acceso a red pública de agua	90.6	70.0
No cuenta con acceso a red pública de agua	98.7	97.4

*Incluye todas las lenguas amazónicas.

Fuente INEI, ENAHO 2009 y 2015.

Elaboración propia.

Para culminar esta sección sobre indicadores agregados se presenta en el cuadro 13 los indicadores del Programa Articulado Nutricional (PAN) referidos a acceso al CRED y a las vacunas contra el Rotavirus y Neumococo en menores de 12 meses y acceso a MMN en menores de 12 a 14 meses. Los datos son para comunidades indígenas amazónicas registradas en el Ministerio de Cultura en 7 departamentos para el período 2012 a setiembre 2016.

Respecto del CRED como servicio de salud preventiva, es notable su bajísima cobertura hacia 2012, con la sola excepción de las comunidades indígenas de la región amazónica de Ayacucho. Para 2015 se aprecia un incremento notable en la cobertura del CRED en menores de 12 meses en estas comunidades amazónicas, en especial en las de Amazonas (50.9 p.p.), Cuzco (60 p.p.) y Ucayali (37.9 p.p.) sobre todo a partir del 2014. En relación al acceso a las vacunas (Rotavirus y Neumococo) si bien los niveles iniciales de cobertura eran mayores, también se aprecia una evolución favorable para las niñas y niños de las comunidades indígenas de Amazonas, Ayacucho y Cuzco en las que la cobertura se duplica entre 2012 y 2016. Por el contrario, se aprecia un descenso preocupante en las de Junín y Loreto y un estancamiento en las de Madre de Dios y Ucayali. Este es un tema que merece un estudio específico para identificar los problemas de gestión en estas últimas regiones. Finalmente, en cuanto a las niñas y niños de comunidades amazónicas que a los 12 a 14 meses cuentan con la dosis de suplemento nutricional correspondiente, las coberturas siguen siendo bajas con la sola excepción de Ayacucho (59%). Se aprecia asimismo una expansión de cobertura en este servicio en Cusco (36%) y Amazonas (33%) pero todavía con bajos resultados. En las comunidades de los demás departamentos la cobertura de suplemento nutricional es incipiente.

CUADRO 13. Indicadores de Salud: CRED y Vacunas para menores de 1 año y MMN en menores de 12-14 meses de comunidades indígenas*

Indicadores	Departamento	2012	2013	2014	2015	2016**
% de niños < 1año con CRED de acuerdo a su edad	Amazonas	0.1	2.4	14.0	31.6	51.0
	Ayacucho	33.4	67.3	77.5	77.2	80.7
	Cusco	10.2	30.6	36.0	50.7	70.0
	Junín	0.4	0.4	9.1	2.9	21.3
	Loreto	0.2	1.9	7.1	5.7	18.6
	Madre de Dios	0.0	1.6	3.2	8.2	13.8
	Ucayali	0.1	1.6	6.8	12.8	38.0
% de niños < 1 año con vacunas Rotavirus y Neumococo de acuerdo con su edad	Amazonas	16.1	17.0	26.3	39.3	38.4
	Ayacucho	34.5	60.3	75.9	71.7	59.2
	Cusco	23.0	33.9	39.9	47.1	50.9
	Junín	18.3	13.5	24.4	9.2	10.8
	Loreto	14.7	17.4	18.6	17.6	13.6
	Madre de Dios	15.2	17.4	17.7	15.4	16.9
	Ucayali	17.3	17.2	19.2	18.1	19.4
% Niños menores de 12 a 14 meses con suplemento de micronutrientes de acuerdo con su edad (Norma 2014)	Amazonas	0.0	0.0	9.4	20.9	32.8
	Ayacucho	7.3	13.7	49.7	63.9	59.0
	Cusco	0.0	2.4	5.9	19.5	35.5
	Junín	0.0	0.0	0.0	0.8	4.8
	Loreto	0.0	0.0	0.0	0.0	4.3
	Madre de Dios	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	Ucayali	0.0	0.5	0.0	3.0	4.3

* De acuerdo a la definición del Ministerio de Cultura

** Actualizado a setiembre de 2016

Fuente: Base de datos analíticos del MEF. Cubo Padrón Nominado
Elaboración propia

CUADRO 14A. Acceso al seguro de salud en menores de 5 años según lengua materna (En porcentajes)

Lengua Materna	Menores de 5 años						
	SIS	ESSALUD	FFAA/PNP	Privado	Ninguno	No específica	Total
Castellano	79.00%	16.20%	0.11%	0.51%	4.19%	0.004%	100%
Quechua	96.77%	1.60%	0.01%	0.07%	1.55%	0.002%	100%
Aymara	95.46%	2.03%	-	0.09%	2.42%	-	100%
Nativo Amazónico	86.19%	1.05%	0.008%	0.03%	12.69%	0.048%	100%
No específica	43.17%	26.40%	0.21%	3.70%	0.68%	25.83%	100%
Total	65.92%	19.31%	0.14%	1.72%	2.85%	10.05%	100%

Fuente: Padrón Nominado RENIEC-MINSA. Oct. 2016
Elaboración Propia

En cuanto al acceso a alguna forma de aseguramiento en salud en menores de 5 años se observa un patrón dicotómico; las niñas y niños con lenguas maternas indígenas dependen mayormente del SIS. Entre los castellano hablantes un 16% está afiliado a través de sus padres a ESSALUD por tener mayores niveles de empleo formal. La mayor brecha en aseguramiento (casi 13%), como en muchos de los otros indicadores analizados en este trabajo, se encuentra entre la niñez amazónica. Nótese asimismo la baja cobertura de los seguros privados para todos los grupos considerados.

CUADRO 14B. Acceso al seguro de salud en menores de 1 año según lengua materna (En porcentajes)

Lengua Materna	Menores de 1 año						Total
	SIS	ESSALUD	FFAA/PNP	Privado	Ninguno	No específica	
Castellano	77.34%	11.07%	0.08%	0.35%	11.16%	0.01%	100%
Quechua	95.49%	1.16%	0.02%	0.05%	3.27%	0.01%	100%
Aymara	89.98%	0.64%	-	0.32%	9.06%	-	100%
Nativo Amazónico	77.40%	0.81%	-	-	21.79%	-	100%
No específica	22.38%	1.28%	0.08%	1.67%	-	74.59%	100%
Total	45.87%	5.03%	0.08%	1.11%	4.58%	43.33%	100%

Fuente: Padrón Nominado RENIEC-MINSA
Elaboración propia

Con respecto a los menores de 1 año el patrón señalado se repite; la cobertura del SIS es casi la única forma de aseguramiento para las niñas y niños indígenas. Sin embargo, las proporciones sin aseguramiento crecen a casi el doble; entre los indígenas amazónicos menores de un año casi el 22% carece de aseguramiento en salud.

CUADRO 15. Acceso al documento de identidad en menores de 5 y 1 año según lengua materna (En porcentajes)

Lengua Materna	Menores de 5 años				Menores de 1 año			
	DNI	CUI	Sin Documento	TOTAL %	DNI	CUI	Sin Documento	TOTAL
Castellano	98.27%	0.18%	1.55%	100%	96.91%	0.84%	2.25%	100%
Quechua	96.22%	0.17%	3.61%	100%	91.18%	1.03%	7.79%	100%
Aymara	96.53%	0.07%	3.40%	100%	88.39%	0.32%	11.29%	100%
Nativo Amazónico	80.90%	1.76%	17.34%	100%	62.83%	5.84%	31.32%	100%
Otro tipo	78.72%	5.32%	15.96%	100%	63.24%	3.24%	33.51%	100%
No específica	97.40%	0.39%	2.21%	100%	91.51%	1.23%	7.26%	100%
Total	97.58%	0.29%	2.13%	100%	93.30%	1.12%	5.58%	100%

Fuente: Padrón Nominado RENIEC-MINSA Oct. 2016
Elaboración propia

El cuadro 15 consigna la información más reciente sobre el acceso a documento de identidad (DNI o CUI) para menores de 5 años y 1 años según lengua materna. En cuanto al primer grupo etéreo se constata que las niñas y niños amazónicos tienen la menor cobertura en cuanto al acceso a DNI (16 a 18 puntos porcentuales menos que incluso los andinos). Más de un 17% se

encuentran indocumentados. Entre los menores de 1 año, como era de esperarse, la brecha se repite, revelando un mayor déficit para las niñas y niños de lenguas amazónicas entre los que casi un tercio carece de documento de identidad. También se aprecia una brecha de documentación entre los aymaras, entre los que uno de cada diez menores de un año no cuenta con documento de identidad.

6. ASPECTOS CUANTITATIVOS: LA POBLACIÓN INDÍGENA EN LAS ZONAS DE ESTUDIO: NIEVA-CONDORCANQUI-AMAZONAS Y RÍO TAMBO-SATIPO-JUNÍN.

En esta sección del informe se presenta información específica sobre las condiciones de vida de la PI y no-indígena así como la referida a la población infantil indígena respecto del acceso a identidad, seguro de salud, programas sociales y servicios de salud (CRED, vacunas suplemento nutricional) analizando los avances del proyecto SWAP en la zona de intervención (Amazonas, provincia de Condorcanqui, distrito de Nieva) en comparación la zona no-intervenida (Junín, provincia de Satipo, distrito de Río Tambo).

6.1. Nivel de vida

En el cuadro 16A se presentan algunos indicadores del nivel de vida para la población no indígena e indígena de Amazonas, provincia de Condorcanqui, distrito de Nieva tomados de los registros del SISFOH para el empadronamiento que abarca los años 2012 y 2013. A nivel departamental son claras las brechas entre indígenas y no-indígenas: en cuanto a la vivienda las que cuentan con piso diferente a tierra son tres veces mayores entre los no-indígenas (39% vs 12% en las viviendas indígenas); el acceso a agua por red pública es 3.7 veces mayor entre éstos y la mayor brecha se observa en el acceso a desagüe en la vivienda, servicio que es prácticamente inexistente entre las viviendas de la población awajún. Asimismo, el uso de combustibles no contaminantes es 36 veces mayor en las viviendas de la población no-indígena. Como es sabido, estas carencias están estrechamente ligadas a la morbilidad y riesgos de salud en especial para la población infantil³³³⁴ Estos mismos indicadores son incluso más precarios para la provincia de Condorcanqui y el distrito de Nieva que concentran a la población awajún.

Otro indicador emblemático es el educativo; la población indígena de la región intervenida tiene prácticamente 2 años menos de escolaridad que la no indígena, es decir no alcanza ni siquiera a contar con primaria completa. Ello se repite para el caso de la provincia y distrito de intervención del proyecto, en los que predomina la población indígena. Los hogares indígenas son más numerosos y tienen mayores tasas de dependencia demográfica que los no-indígenas, esto debido principalmente a su mayor fecundidad como ya se ha indicado. Ello significa que predominan los menores, dato sub-estimado cuando la composición por edades se analiza por lengua materna pues como se ha señalado, esta variable no se recoge para los menores de 3 años.

Finalmente, el aseguramiento en salud para la población indígena, tanto en la región como en la provincia y el distrito, depende del SIS, programa que alcanza una cobertura alta; un 85% de la población indígena. Ello revela una buena focalización y ampliación de cobertura la que sin duda se debe en parte al proyecto SWAP.

³³UNICEF (2013) Improving Child Nutrition: Tehe achievable imperative for global progress. USA.

³⁴MINSA-INS-CENAN (Marzo 2010). La Desnutrición Crónica Infantil y sus Determinantes de Riesgo. Foro Nacional, Lima.

CUADRO 16A. Indicadores de Nivel de Vida: Amazonas-Condorcanqui-Nieva

Indicador	REGIÓN			PROVINCIA			DISTRITO		
	Amazonas			Condorcanqui			Nieva		
	Indígena	No-indígena	Total	Indígena	No-indígena	Total	Indígena	No-indígena	Total
Porcentaje de hogares con piso de material diferente a tierra	12.2	39.5	35.0	17.7	-	17.7	2.8	-	2.8
Porcentaje de Hogares con acceso a Agua por Red Pública (dentro de la vivienda)	17.9	65.7	57.9	27.3	-	27.3	24.6	-	24.6
Porcentaje de Hogares con acceso a Desagüe por Red Pública (dentro de la vivienda)	0.1	40.6	34.0	0.2	-	0.2	0.2	-	0.2
Porcentaje de Hogares que cocinan con combustibles no contaminantes	1.1	36.4	30.7	1.0	-	1.0	1.0	-	1.0
Años de educación promedio de miembros del hogar (15 a 65 años)	3.8	5.7	5.4	3.7	-	3.7	3.7	-	3.7
Número promedio de miembros del hogar	6.1	4.9	5.1	6.1	-	6.1	5.7	-	5.7
Tasas de dependencia (% de miembros del hogar entre 0 y 15 años, y entre 65 a más)	47.2	35.8	37.7	47.9	-	47.9	47.5	-	47.5
Porcentaje de hogares con al menos un miembro asegurado en ESSALUD	5.2	18.0	15.9	5.0	-	5.0	2.2	-	2.2
Porcentaje de hogares con al menos un miembro asegurado en SIS	84.9	62.7	66.3	83.3	-	83.3	85.3	-	85.3

Fuente: INEI: SISFOH empadronamiento 2012-2013.

Elaboración propia.

CUADRO 16B. Indicadores de Nivel de Vida: Junín-Satipo-Río Tambo

Indicador	REGIÓN			PROVINCIA			DISTRITO		
	Junín			Satipo			Río Tambo		
	Indígena	No-indígena	Total	Indígena	No-indígena	Total	Indígena	No-indígena	Total
Porcentaje de hogares con piso de material diferente a tierra	20.6	59.5	57.1	16.5	-	16.5	16.2	-	16.2
Porcentaje de Hogares con acceso a Agua por Red Pública (dentro de la vivienda)	19.1	75.6	72.1	19.1	-	19.1	11.7	-	11.7
Porcentaje de Hogares con acceso a Desagüe por Red Pública (dentro de la vivienda)	2.6	50.8	47.8	1.6	-	1.6	0.7	-	0.7
Porcentaje de Hogares que cocinan con combustibles no contaminantes	6.3	60.3	57.0	4.0	-	4.0	2.5	-	2.5
Años de educación promedio de miembros del hogar (15 a 65 años)	4.1	7.4	7.2	3.9	-	3.9	3.7	-	3.7
Número promedio de miembros del hogar	5.4	4.6	4.7	5.5	-	5.5	5.3	-	5.3
Tasas de dependencia (% de miembros del hogar entre 0 y 15 años, y entre 65 a más)	42.2	32.6	33.2	43.2	-	43.2	43.4	-	43.4
Porcentaje de hogares con al menos un miembro asegurado en ESSALUD	2.2	28.9	27.3	2.1	-	2.1	2.6	-	2.6
Porcentaje de hogares con al menos un miembro asegurado en SIS	67.0	30.3	32.5	73.5	-	73.5	76.7	-	76.7

Fuente: INEI: SISFOH empadronamiento 2012-2013.

Elaboración propia.

En el cuadro 16B se presentan los mismos indicadores de nivel de vida para la población indígena y no-indígena de Junín, provincia de Satipo, distrito de Río Tambo, para fines comparativos. En primer lugar, cabe señalar que en casi todos los indicadores (excepto el

porcentaje de afiliación al SIS), esta región presenta mejores niveles de vida que los de Amazonas. Al interior de estos ámbitos, se repite sin embargo el patrón de peores indicadores para la población indígena, en este caso ashaninka. A nivel de toda la región, de Junín el 57% de los hogares tienen pisos en sus viviendas que no son de tierra, pero solo un 21% de las viviendas habitadas por indígenas tiene piso que no es de tierra. En la población indígena solo una de cada cinco viviendas tiene agua por red pública frente a 4 de cada 5 de los no-indígenas y solo el 2.6% de las viviendas ashaninka cuentan con desagüe en su vivienda frente a más del 50% de las de los no-indígenas. Además, solo el 6% de los hogares ashaninka usan combustibles no-contaminantes frente al 60% de los hogares no-indígenas. Estos indicadores revelan la mayor precariedad para las viviendas indígenas tanto en la región de Amazonas como en Junín.

En cuanto a la educación, si bien la población indígena mayor de 15 años de esta región cuenta con más años de escolaridad que la de Amazonas (4.1 años frente a 3.8), en ambos casos no alcanzan a completar la primaria. La brecha educativa es de 3.3 años menos de escolaridad que los no-indígenas. Para los ashaninka de Satipo y Río Tambo los años de escolaridad no llegan a 4 (3.9 años y 3.7 años respectivamente) correspondiendo a un logro educativo de solo primaria incompleta.

Como en el caso de Amazonas, las familias indígenas son más numerosas (5.5 miembros por hogar) y tienen mayores tasas de dependencia demográfica (43% de su población es dependiente) que las que no lo son (4.6 miembros por hogar y 32.6% de tasa de dependencia). La implicancia es que los hogares indígenas, siendo en promedio más pobres, tienen mayor cantidad de miembros que alimentar y menos potencial laboral por su estructura etárea.

Finalmente, en cuanto al acceso a seguros de salud, hay una fuerte dependencia del SIS, pues se trata de un programa focalizado cuya normativa prioriza a las poblaciones indígenas amazónicas³⁵. Debido a su condición de informalidad solo el 2.2% de los hogares ashaninka cuentan con al menos un miembro asegurado por ESSALUD. El 73.5% de los hogares ashaninka de Satipo y el 76.7% de los de Río Tambo tienen al menos a uno de sus integrantes afiliado al SIS. Nótese que la cobertura es menor a la encontrada entre los awajún de Condorcanqui y Nieva (83% y 85% respectivamente), que al ser una zona con mayor peso de población indígena y menores niveles de vida presenta mayor cobertura del SIS. En las secciones 7 y 8 de este informe se precisan las razones de estos niveles de cobertura y los cuellos de botella que enfrenta el proyecto SWAP.

6.2. Población infantil indígena

En las dos provincias en estudio encontramos una composición étnica diferenciada entre los menores de 5 años (Cuadros 17A y 17B). En Nieva- Condorcanqui (Amazonas), zona de intervención del proyecto SWAP, casi la totalidad de las niñas y niños (96% en la provincia y 93.5% en el distrito seleccionado) son awajún-wampis según datos del padrón nominado. Nieva, el distrito estudiado concentra la mayor población infantil indígena de la provincia. La población infantil total provincial registrada en el padrón es de 13,689 a Octubre/2016. En la zona a contrastar, Río Tambo- Satipo (Junín), por el contrario, hay una mayor diversidad en la composición étnica de la población infantil. En la provincia un 71% tienen como lengua materna al castellano y un 26.3% a la lengua ashaninka, con una población infantil total mayor; 25,516 menores registrados en el padrón nominado. Sin embargo, en el distrito estudiado, Río Tambo predomina la población ashaninka; el 69% de los menores de 5 años pertenecen a esta etnia y en segundo lugar están los castellano-hablantes con casi un tercio de la población infantil. La predominancia de niñas y niños indígenas en Condorcanqui y en los dos distritos estudiados reafirma la importancia de un enfoque intercultural para mejorar la cobertura y aceptabilidad de los servicios de salud y protección social que el proyecto SWAP busca fortalecer.

³⁵DL 1164 del 07-12-2013.

**CUADRO 17A. Distritos de Condorcanqui:
Niños menores de 5 años por lengua materna***

Lengua materna	PROVINCIA		DISTRITOS					
	Condorcanqui		Nieva		El Cenepa		Río Santiago	
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
Aymara	2	0.0	2	-	0	0,0	0	0.0
Castellano	517	3.8	461	6.5	12	4.4	44	1.16
Nativo Amazónico	13,145	96.0	6,677	93.5	2,735	99.5	3,733	98.3
Otro	23	0.2	2	-	2	0.07	19	0.5
Quechua	2	0.0	2	-	0	0	0	0-0
Total	13,689	100.0	7,144	100.0	2,749	100.0	3,796	100.0

*Dato actualizado a octubre 2016.

Fuente: Base de datos analíticos MEF. Padrón Nominado RENIEC-MINSA.

Elaboración propia.

**CUADRO 17B. Satipo distrito de Río Tambo:
Niños menores de 5 años por lengua materna**

Lengua materna	PROVINCIA		DISTRITO	
	Satipo		Río Tambo	
Aymara	7	0,0	2	-
Castellano	18,121	71.0	1,463	29.6
Nativo Amazónico	6,699	26.3	3,358	69.1
Otro	452	1.8	39	0.8
Quechua	237	0.9	23	0.5
Total	25,516	100.0	4,858	100.0

Dato actualizado a Oct. 2016.

Fuente: Base de datos analíticos MEF. Padrón Nominado RENIEC-MINSA.

Elaboración propia

6.3. Acceso a identidad

Uno de los objetivos del proyecto SWAP es asegurar que las niñas y niños cuenten con documentos de identidad para así asegurar su acceso a los servicios sociales y de salud y el ejercicio de sus derechos. En los cuadros siguientes se presenta la información recogida por este estudio del padrón nominado para las dos provincias y los dos distritos en estudio.

**CUADRO 18A. Acceso a documento de identidad en menores:
Provincia de Condorcanqui***

Tipo de documento	Menores de 1 año		Menores de 5 años	
	Número	%	Número	%
DNI	3,167	76.1	11,453	83.7
CUI	305	7.3	505	3.7
Sin Documento	688	16.5	1,731	12.6
Total	4,160	100.0	13,689	100.0

*Actualizado a Oct/2016

Fuente: Base de datos analíticos MEF. Padrón nominado RENIEC-MINSA.
Elaboración propia.

**CUADRO 18B. Acceso a documento de identidad en menores:
Provincia de Satipo***

Tipo de documento	Menores de 1 año		Menores de 5 años	
	Número	%	Número	%
DNI	6,505	85.8	23,794	93.3
CUI	17	0.2	19	0.1
Sin Documento	1,061	14.0	1,703	6.7
Total	7,583	100.0	25,516	100.0

*Actualizado a Oct/2016.

Fuente: Base de datos analíticos MEF. Padrón nominado RENIEC-MINSA.
Elaboración propia.

Los datos de los cuadros 18A y 18B permiten comparar la cobertura de la identidad ciudadana en las dos provincias estudiadas según la edad del menor. Lo primero a resaltar es que el acceso a DNI o CUI entre los menores de un año es ligeramente mayor en Satipo (86%) que en Condorcanqui (83.4%), en especial en lo que el acceso a DNI se refiere (85.8% en Satipo vrs 76.1% en Condorcanqui). Entre los menores de 5 años el acceso al documento de identidad (DNI o CUI) es mayor que entre los menores de un año, pero la brecha entre las dos provincias es mayor; en Condorcanqui un 87.4% vrs 93.4% en Satipo de los menores de 5 años están documentados. Siendo la meta del proyecto que el total de los menores cuenten con documento de identidad, es obvio que, pese a los avances, se requiere un mayor esfuerzo en la zona de intervención, en la que el 16.5% de los menores de un año y el 12.6% de los menores de 5 años, aún no cuentan con ningún tipo de documento de identidad.

Para los distritos considerados en este estudio, los datos para el 2012 y 2016 (Octubre) se presentan en los cuadros 19 y 20.

CUADRO 19. Acceso a documento de identidad en menores: Distrito de Nieva

Tipo de documento	2012				2016*			
	Menores 1 año		Menores de 5 años		Menores 1 año		Menores de 5 años	
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
DNI	493	88.0	1,105	92.9	1,726	74.3	5,801	81.2
CUI	10	1.8	11	0.9	299	12.9	499	7.0
Sin Documento	57	10.2	73	6.1	299	12.9	844	11.8
Total	560	100.0	1,189	100.0	2,324	100.0	7,144	100.0

*Actualizado a Oct/2016.

Fuente: Base de datos analíticos MEF. Padrón nominado RENIEC-MINSA.

Elaboración propia.

CUADRO 20. Acceso a documento de identidad en menores: Distrito de Río Tambo

Tipo de documento	2012				2016*			
	Menores 1 año		Menores de 5 años		Menores 1 año		Menores de 5 años	
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
DNI	665	85.7	1,375	89.9	1,000	72.6	4,239	87.3
CUI	1	0.1	1	0.1	10	0.7	11	0.2
Sin Documento	110	14.2	153	10.0	367	26.7	608	12.5
Total	776	100.0	1,529	100.0	1,377	100.0	4,858	100.0

*Actualizados a Oct/2016.

Fuente: Base de datos analíticos MEF. Padrón nominado RENIEC-MINSA.

Elaboración propia.

En contraste con la cobertura a nivel provincial, se aprecia un mayor acceso al documento de identidad en Nieva, el distrito de intervención del proyecto. El 87.2% de los menores de un año cuentan con DNI o CUI frente al 73.3% en Río Tambo. La diferencia a favor de Nieva se debe en especial al acceso al CUI para los menores de un año que es una estrategia promovida por el proyecto desde 2014. Para los menores de 5 años el acceso al DNI es bastante similar en los dos distritos; 81.2% en Nieva y 87.3% en Río Tambo. Las cifras revelan la bondad de esta estrategia de afiliación temprana pues la proporción de menores de un año indocumentados es el doble en el distrito no-intervenido (26.7%) frente al de intervención (12.9%).

Respecto del año 2012, en Nieva se aprecia una menor cobertura en 2016 en cuanto al acceso a documentos de identidad (DNI o CUI) para los dos grupos de edad. Sin embargo, debe notarse que el dato para 2016 incluye la cobertura solo hasta octubre. En Río Tambo la sub-cobertura para octubre 2016 es mayor que para 2012, especialmente en el caso de los menores de 1 año; casi 27% de estos carecen de documento de identidad vrs 14.2% en 2012. Entre los menores de 5 años, la sub-cobertura era del 10% en 2012 y es del 12.5% para octubre 2016, por lo que la cifra podría mejorar. Sin embargo, es claro que la afiliación temprana aún presenta retrasos en Río Tambo respecto de su cobertura en 2012 como la del distrito intervenido.

6.4. Acceso al aseguramiento en salud

El proyecto SWAP busca asimismo ampliar la cobertura de aseguramiento en salud para las niñas y niños en las zonas de intervención. Los cuadros 21 y 22 consigan la información pertinente para las provincias y distritos intervenidos y los de comparación.

**CUADRO 21. Acceso a seguro de salud en menores de 5 años:
Provincias de Condorcanqui y Satipo***

Tipo de seguro	PROVINCIA			
	Condorcanqui		Satipo	
	Número	%	Número	%
ESSALUD	288	2.1	758	3.0
NINGUNO	1,435	10.5	2,393	9.4
PRIVADO	0	0.0	15	0.0
SANIDAD FFAA/PNP	0	0.0	49	0.0
SIS	11,966	87.4	22,301	87.4
Total	13,689	100.0	25,516	99.7

*Actualizados a Oct/2016.

Fuente: Base de datos analíticos MEF. Padrón nominado RENIEC-MINSA.

Elaboración propia.

Los datos no revelan ninguna diferencia significativa en las dos provincias en cuanto al aseguramiento de niñas y niños; la gran mayoría en ambas regiones están afiliado al SIS (87.4%). La brecha en acceso al seguro de salud es de cerca del 10% de los menores de 5 años en ambas zonas.

**CUADRO 22. Acceso a seguro de salud en menores de 5 años:
Distritos de Nieva y Río Tambo***

Tipo de seguro	DISTRITO			
	Nieva		Río Tambo	
	Número	%	Número	%
ESSALUD	221	3.1	6	0.1
Ninguno	1,297	18.2	589	12.1
SIS	5,626	78.8	4,263	87.8
Total	7,144	100.0	4,858	100.0

*Actualizados a Oct/2016.

Fuente: Base de datos analíticos MEF. Padrón nominado RENIEC-MINSA

Elaboración propia

En los datos distritales, sí se aprecia una diferencia en cuanto al aseguramiento de menores de 5 años. La cobertura del SIS es mayor en Río Tambo (casi 88%) que entre las niñas y niños del distrito intervenido (casi 79%). Como en Nieva hay un 3% de menores de 5 años afiliados con sus padres a ESSALUD, la diferencia en la brecha de aseguramiento con el distrito de comparación (Río Tambo) baja a 6 puntos porcentuales. Considerando la mayor dispersión poblacional y las mayores barreras culturales en la zona de Nieva como se analizará más adelante, esta leve diferencia da cuenta del buen resultado tanto de la norma señalada de afiliación automática al SIS para las poblaciones indígenas amazónicas como a las acciones del proyecto en la zona de intervención en cuanto al aseguramiento.

6.5. Acceso a programas sociales

Otra de las estrategias de la política nacional y del proyecto SWAP es incrementar la afiliación a los programas sociales, en especial de las niñas y niños indígenas que tienen por norma nacional la clasificación automática como pobres extremos³⁶. En el cuadro 23 se presenta la información de las provincias y distritos estudiados, sobre la cobertura de tres programas orientados a la niñez: JUNTOS, Cuna Más y Qali Warma.

³⁶ R.M. No. 227-2014 MIDIS

CUADRO 23. Cobertura de programas sociales en menores de 5 años (%): Condorcanqui y Satipo*

	PROVINCIA	
Programas Sociales	Condorcanqui	Satipo
Juntos	50.9	23.2
Cuna Más	6.0	1.6
Qali Warma	16.6	3.7

*Datos actualizados a Oct/2016.

Fuente: Base de datos analíticos MEF. Padrón nominado RENIEC-MINSA.

Elaboración propia

La cobertura de todos estos programas sociales es mayor en Condorcanqui, lo que es coherente con los niveles de vida más precarios de la población de esa región. El programa de mayor cobertura es JUNTOS con más de la mitad de menores de 5 años cubiertos por este programa, más del doble que en el caso de Satipo por tratarse de un programa focalizado. Llama la atención la baja cobertura del programa de alimentación escolar Qali Warma (16.6% en Condorcanqui y menos del 3.7% en Satipo) el que pretende ser universal. Ello a pesar del aumento de cobertura de la matrícula en educación inicial del 75.8% al 84.3% para este grupo etéreo, entre 2012 y 2015³⁷. Algo similar ocurre en el caso de Cuna Más pues este servicio de cuidado diurno atiende sobre todo a población agrupada en centros poblados. Aunque también incluye la modalidad de acompañamiento familiar, el programa Cuna Más parece no estar llegando a los hogares rurales dispersos propios de la zona.

CUADRO 24. Cobertura de programas sociales de menores de 5 años (%): Nieva y Río Tambo*

	DISTRITO	DISTRITO
Programas Sociales	Nieva	Río Tambo
Juntos	45.94	39.3
Cuna Más	3.96	0.6
Qali Warma	16.66	0.7

*Actualizados a Oct/016.

Fuente: Base de datos analíticos MEF. Padrón nominado RENIEC-MINSA.

Elaboración propia.

La información para los distritos respecto de la cobertura de programas sociales en menores de 5 años (Cuadro 24) arroja resultados similares a los encontrados para las provincias estudiadas. Los niveles de cobertura son mayores en Nieva para los tres programas nacionales revelando el esfuerzo del programa “Cierre de brechas en productos priorizados del Programa Estratégico Articulado Nutricional” por ampliar su cobertura. Sin embargo, Qali Warma y Cuna Más tienen coberturas muy limitadas, en especial en el caso de Río Tambo por las razones ya señaladas.

6.6. Acceso a servicios de salud

La estrategia principal del proyecto SWAP consiste en aumentar el acceso a servicios de salud preventiva entre las niñas y niños para contribuir a reducir la DCI. En los cuadros siguientes se presenta y analiza la data obtenida y tabulada de los registros del MEF (cubo infantil.) para las dos regiones, las dos provincias y los dos distritos considerados en este estudio.

³⁷MINED- Base de Datos ESCALE, consulta web: Matrícula por grupos de edad.

CUADRO 25. Cobertura de CRED, vacunas y suplemento de hierro en Amazonas y Junín por edad (%)*

Indicador	Región	2012	2013	2014	2015	2016 (junio)
Porcentaje menores 1 año con CRED	Amazonas	0.1	2.4	14.0	31.6	51.0
	Junín	0.4	0.4	9.1	2.9	21.3
Porcentaje menores 1 año con vacunas Rotavirus y Neumococo	Amazonas	16.1	17.0	26.3	39.3	38.4
	Junín	18.3	13.5	24.4	9.2	10.8
Porcentaje de menores 12-14 meses con suplemento hierro	Amazonas	0.0	0.0	9.4	20.9	32.3
	Junín	0.0	0.0	0.0	0.8	4.8

*Incluye distritos con más del 40% de población con LM indígena.

Fuente: Cubo infant.-MEF Consulta 30/12/16.

Elaboración propia

La data agregada a nivel regional del 2012 a junio del 2016 para los distritos con más del 40% de PI señalan un patrón consistente: desde puntos de partida similares en ambas regiones para los 3 indicadores, el avance en cobertura en Amazonas es mucho mayor que en Junín. Así la cobertura del CRED en menores de 1 año crece en la región de intervención al 51% y en la de comparación, Junín, a menos de la mitad; 21.3%. En cuanto a vacunas completas, en Amazonas más que se duplica la cobertura del 16% al 38% en tanto que en Junín retrocede del 18% al 11%. En cuanto al acceso a suplemento nutricional, en menores entre 12 a 14 meses con la dosis de suplemento de hierro correspondiente, la diferencia en cobertura entre las 2 regiones es aún más notoria, en Amazonas sube de 0% al 32.3% especialmente en los últimos dos años, en tanto que en Junín no alcanza ni al 5% de los menores entre 12 y 14 meses. Esta data agregada revela el impacto del proyecto SWAP en la mejora de la cobertura de estos 3 productos del PAN en los distritos intervenidos en Amazonas en comparación con la región de Junín.

**CUADRO 26A. Menores de 1 año afiliados al SIS y con CRED
Provincias de Condorcanqui y Satipo**

Provincia	afiliados al SIS			
	Dic. 2013	Dic. 2014	Dic. 2015	Ago. 2016
Condorcanqui	1,739	1,761	1,551	1,203
Satipo	3,721	3,609	3,442	2,016

Provincia	con CRED completo *			
	Dic. 2013	Dic. 2014	Dic. 2015	Ago. 2016
Condorcanqui	33	201	540	678
Satipo	766	1,114	925	107

Según el MEF el dato se refiere al promedio de atenciones mensuales.

Fuente MEF cubo infant.*

Elaboración propia.

CUADRO 26B. Porcentaje de menores de 1 año con vacunas completas y que cumplen con los 4 criterios del FED (%). Provincias de Condorcanqui y Satipo

Provincia	Con vacunas Rotavirus y Neumococo (%)			
	Dic. 2013	Dic. 2014	Dic. 2015	Ago. 2016
Condorcanqui	17	22	34	43
Satipo	23	30	25	28

Provincia	Con los 4 criterios FED (CRED, Vacunas Rotavirus, vacunas Neumoco y suplemento de hierro) (%)			
	Dic. 2013	Dic. 2014	Dic. 2015	Ago. 2016
Condorcanqui	2	6	19	25
Satipo	9	15	11	17

Según el MEF el dato se refiere al promedio de atenciones mensuales.

Fuente MEF cubo infant.*

Elaboración propia.

En el cuadro anterior (26A) se presenta para los menores de un año en las dos provincias, 4 indicadores: la evolución de cobertura del SIS (en números absolutos), el promedio mensual de atenciones de CRED completo, y en el cuadro 26b el porcentaje con vacunas de rotavirus y neumococo y el porcentaje de menores de 12 meses que cumplen los 4 criterios del Fondo de Estímulo al Desempeño (FED); CRED completo, las dos vacunas y acceso a los MMN).

La afiliación al SIS presenta una cobertura constante desde el 2013 con un ligero descenso en 2015 del 10% en Condorcanqui y del 5% en Satipo, el que parece recuperarse este año si se proyecta lo avanzado hasta agosto a Dic/2016³⁸. La consulta para la cobertura de CRED completo en menores de un año también muestra cifras crecientes, especialmente en Condorcanqui; de tan solo 33 controles mensuales en promedio en 2013 a 678 hasta agosto de este año, un aumento de 20 veces. En Satipo también se observa una mejora en la cobertura del CRED, pero a un ritmo menor. La estrategia para ampliar la cobertura del CRED vía JUNTOS parece estar teniendo resultados importantes en la zona de intervención. En el caso de la cobertura de vacunas (rotavirus y neumococo) es también notable el avance en Condorcanqui, de menos de uno de cada cinco menores vacunado a casi la mitad (43%) en tan solo tres años y medio. En Satipo, el avance ha sido mucho más modesto durante el mismo período; del 23% al 28% de cobertura en vacunas a menores de un año.

Finalmente, se observa un patrón similar para el caso de los 4 criterios del FED³⁹ (CRED completo, las dos vacunas más suplemento de hierro); en Condorcanqui la cobertura ha crecido más de 10 veces, de tan solo el 2% al 25% durante el período analizado. En Satipo en comparación se constata un incremento mucho más modesto, del 9% al 17% para este indicador.

³⁸Según datos municipales recogidos durante el trabajo de campo en Condorcanqui, la afiliación al SIS habría aumentado en total en un 19% entre 2015 y 2016.

³⁹FED: Fondo de Estímulo al Desempeño y Logros de Resultados Sociales, aprobado el 2013 como iniciativa del MIDIS-MEF e incluido en la ley 30114 de Presupuesto Público para el año fiscal 2014.

**CUADRO 27A. Menores de 1 año afiliados al SIS y con CRED completo:
Distritos de Nieva y Río Tambo.**

Distritos	afiliados al SIS				con CRED completo *			
	Dic. 2013	Dic. 2014	Dic. 2015	Ago. 2016	Dic. 2013	Dic. 2014	Dic. 2015	Ago. 2016
Nieva	767	816	766	527	33	108	287	279
Río Tambo	772	780	634	245	7	110	34	60

CUADRO 27B. Porcentaje de menores de 1 año con vacunas completas y que cumplen los 4 criterios del FED: Distritos de Nieva y Río Tambo.

Distritos	Con vacunas Rotavirus y Neumococo (%)				Con los 4 criterios FED (CRED, Vacunas Rotavirus, Vacunas Neumoco y suplemento de hierro) (%)			
	Dic. 2013	Dic. 2014	Dic. 2015	Ago. 2016	Dic. 2013	Dic. 2014	Dic. 2015	Ago. 2016
Nieva	16	25	35	42	2	7	19	22
Río Tambo	13	24	9	11	2	7	2	3

* Según el MEF el dato se refiere al promedio de atenciones mensuales.

Fuente: MEF cubo infant

Elaboración propia

Los datos distritales (cuadro 27A) presentan algunas tendencias diferentes a los provinciales. La afiliación de menores de un año ha sido constante en Nieva, pero disminuye desde el año pasado en Río Tambo, en especial durante este año. Los controles mensuales para la cobertura del CRED completo en Nieva, al igual que en la provincia, muestran una evolución muy rápida; de 33 casos a 279: ocho veces mayor. En Río Tambo se observa asimismo una tendencia creciente, pero con mayor volatilidad. En cuanto a la cobertura de las dos vacunas, el progreso es claro en la zona de intervención del proyecto; del 16% al 42% en menores de un año. Por el contrario, en Río Tambo se observa un estancamiento e incluso retroceso entre 2014 y 2015 de la cobertura en vacunación. Finalmente, el cuadro 27b también se observa para el distrito intervenido por el proyecto un importante avance entre los menores de un año que cumplen con los 4 criterios para acceder al FED, de tan solo un 7% en 2013 hasta un 22% a agosto de este año. Por el contrario, en este mismo indicador se aprecia un retroceso en el caso de Río Tambo.

En los cuadros siguientes (28 y 29) se analizan los indicadores de afiliación al SIS y acceso a MMN para menores entre 12 y 14 meses.

CUADRO 28. Número de menores de 12-14 meses afiliados al SIS: Provincias de Condorcanqui y Satipo, Distritos de Nieva y Río Tambo

	PROVINCIA		DISTRITO	
	Condorcanqui	Satipo	Nieva	Río Tambo
Dic. 2013	299	608	126	128
Dic. 2014	273	565	102	95
Dic. 2015	262	514	128	120
Ago. 2016	247	555	128	120

Fuente: Cubo infant
Elaboración propia.

**CUADRO 29. Porcentaje de menores de 12-14 meses con suplemento de hierro:
Provincias de Condorcanqui y Satipo, Distritos de Nieva y Río Tambo.**

	PROVINCIA		DISTRITO	
	Condorcanqui	Satipo	Nieva	Río Tambo
Dic. 2013	0	16	0	0
Dic. 2014	17	51	5	0
Dic. 2015	38	56	19	2
Ago. 2016	53	63	22	6

Fuente: Cubo infant
Elaboración propia

En cuanto a la afiliación al SIS esta ha tenido un ritmo ligeramente decreciente en Condorcanqui que parece recuperarse en este año sucediendo algo similar en Satipo. Por el contrario, el porcentaje de menores entre 12-14 meses atendidos con suplementos de hierro (para combatir la anemia) ha tenido un crecimiento notable especialmente en Condorcanqui que del 0% llega al 53% para agosto/2016 y en Satipo que sube del 16% de cobertura al 63% para este grupo de edad. Nótese sin embargo que casi la mitad de estas niñas y niños en la zona de intervención aún no acceden a los MMN. Las razones se describen en la sección sobre datos cualitativos.

En los distritos incluidos en este estudio (cuadro 29) se encuentra asimismo un ritmo constante de afiliación al SIS. En el caso de las niñas y niños atendidos con suplemento de hierro, sí apreciamos un contraste entre estos dos distritos; en Condorcanqui, distrito intervenido, la cobertura de este servicio ha mejorado notoriamente desde el 2013 pasando de una cobertura nula al 22% de los menores entre 12-14 meses. En Satipo la cobertura es aún mucho menor llegando solo al 6% para este año. Esta es otra evidencia del buen resultado del proyecto SWAP en la zona de intervención. Sin embargo, incluso en ésta zona casi el 80% de las niñas y niños aún no son atendidos con suplemento de hierro.

Resumiendo, en la zona de intervención pese a las mayores barreras de acceso y culturales, el proyecto SWAP muestra mayores avances, en especial en lo que respecta a los servicios de salud (CRED, vacunas y suplemento de hierro). Queda sin embargo una importante proporción de la población de niñas y niños indígenas aún sin acceso a los servicios básicos, en especial en lo referente al suplemento de hierro (78% de menores de 12 a 14 meses no cubiertos), aseguramiento (18% sin acceso), y en cuanto a los 4 criterios del FED (CRED completo, las dos vacunas y acceso a suplementos de hierro), pues un 75% a 78% de menores de 12 meses en la zona intervenida aún carece de estos.

En la siguiente sección se presentará la información cualitativa recogida en los trabajos de campo de octubre 2016 que ilustran, desde la perspectiva de autoridades, proveedores y la población local, las barreras, retos y desafíos que enfrenta la mejora de la salud infantil y en especial el combate a la DCI en la población indígena de estas dos regiones de la Amazonía.

7. INFORME CUALITATIVO: LOS AWAJÚN DE NIEVA - CONDORCANQUI - AMAZONAS

En esta sección se presenta los resultados del estudio de campo en la región de Amazonas, provincia de Condorcanqui, distrito de Nieva. El trabajo de campo que se realizó entre el 10 y el 17 de octubre de 2016 estuvo a cargo de la investigadora asociada (nutricionista) y el investigador asistente (antropólogo).

Se seleccionó Nieva, entre los tres distritos que conforman la Provincia de Condorcanqui (El Cenepa, Nieva y Río Santiago) en consenso con los funcionarios locales del MEF, considerando los avances significativos del proceso impulsado por la estrategia de monitoreo social que se ha visto reflejado de manera progresiva en los indicadores de seguimiento del Proyecto y la presencia mayoritaria de PI. Estas características ayudarían a recoger un diagnóstico actualizado con mayor precisión, así como las recomendaciones para el Marco Estratégico de Planeamiento de Pueblos Indígenas (MEPI), que incorporen acciones asertivas del Proyecto SWAP. Asimismo, se tomó en cuenta la presencia predominante de población indígena en el distrito.

Se realizaron entrevistas en 3 comunidades nativas awajún: Hebrón, Kigkis y Nuevo Seasme. Los criterios de selección de las comunidades fueron dos; distancia a la capital distrital (Santa María de Nieva) y tipo de población residente (indígena y mestiza). La comunidad de Hebrón está a 20 minutos por carretera de la capital de distrito y no cuenta con un Centro de Salud (CS), la población es mayoritariamente indígena. La comunidad de Nuevo Seasme formada por población mestiza e indígena se encuentra a 1 hora y 30 minutos por carretera de la capital de distrito y cuenta con un CS. Finalmente, la comunidad nativa de Kigkis también cuenta con un CS, tiene solo población indígena y se encuentra a 4 horas de carretera y 40 minutos por vía fluvial de la capital de distrito, siendo la más lejana de las 3 estudiadas.

CUADRO 30. Criterios de selección por comunidad en Nieva

Comunidad	Criterios	
	Distancia a la capital distrital (Santa María de Nieva)	Tipo de población
Hebrón	20 minutos por carretera	Indígena
Nuevo Seasme	1 h 30 minutos por carretera	Mestiza e indígena
Kigkis	4 horas por carretera + 40 minutos vía fluvial	Indígena

Fuente: Información obtenida en el Trabajo de Campo
Elaboración propia

En estas comunidades y en la capital de distrito se entrevistaron al Coordinador PpR Amazonas y dos consultoras locales del MEF del proyecto “Cierre de brechas en productos priorizados del Programa Estratégico del Programa Estratégico Articulado Nutricional”, a funcionarios del GL (alcalde distrital) a funcionarios de RENIEC, de las Redes y Micro-redes de Salud, de JUNTOS, al encargado del monitoreo social, y del Padrón Nominado. A nivel de pobladores, se entrevistaron a un alcalde y los Apus (jefes nativos) de cada comunidad, a 3 madres líderes de JUNTOS y a 8 madres y/o padres de familia con hijos menores de 5 años. (Cuadro 31). Las entrevistas fueron realizadas con base a una guía de entrevista específica para cada tipo de informante (Anexo 2) y fueron grabadas, previo consentimiento, para un mejor registro de la evidencia. Tratándose de un estudio cualitativo el criterio de selección fue la representatividad y la función antes que su peso estadístico. Los cuadros siguientes presentan la relación de entrevistados en Nieva:

CUADRO 31. Entrevistas a funcionarios Institucionales (Personas)

Instituciones	N° Entrevistas
Gobierno Local Santa María de Nieva	6

MEF- Amazonas y Santa María de Nieva	3
JUNTOS	3
GRIAS- RENIEC	1
Salud	9
Total	22

Fuente: Información obtenida en el Trabajo de Campo
Elaboración propia

Cuadro 32. Entrevistas a actores de la Comunidad (Personas)

Actores de la comunidad	N° Entrevistas
Apus	2
Alcalde de centro poblado	1
Madres lideresas JUNTOS	3
Familias indígenas Awajún	8
Registradores civiles	2
Responsable del centro de promoción y vigilancia	1
Pastor de la comunidad	1
Total	18

Fuente: Información obtenida en el Trabajo de Campo
Elaboración propia

7.1. Las comunidades nativas Awajún en Nieva

El pueblo awajún comprende la segunda etnia más numerosa dentro del territorio de la Amazonía peruana⁴⁰, se encuentran ubicados en las regiones de Amazonas, Cajamarca, Loreto y San Martín. En la Provincia de Condorcanqui (Región Amazonas) se encuentran distribuidos principalmente en las cuencas del Río Marañón, Nieva, Santiago y Cenepa. Asimismo, en la provincia también habita la etnia Huambisa, con los que mantienen relaciones económicas sociales y políticas. Los Huambisa se encuentran distribuidos mayoritariamente en los ríos Santiago y Cenepa. A lo largo de su trayectoria estos pueblos han pasado por varios procesos de colonización e interacción con diversos actores externos produciendo ciertos cambios en las comunidades awajún.

A continuación, se presentará una breve descripción de las principales características de la población indígena, tomadas tanto de la literatura etnográfica citada como del trabajo de campo, algunas de éstas tienen que ver con las barreras que presentan los servicios y programas del Estado.

Patrones de Residencia y Composición Familiar

Según la descripción de algunas etnografías, los awajún vivían antiguamente en caseríos semi dispersos, ubicados generalmente en la ribera de los ríos, quebradas o lugares propicios para la caza y la agricultura. Cada caserío o grupo local estaba conformado por varias unidades domésticas y estaban unidos a través de alianzas, ya sea por relaciones de matrimonio o parentesco, en las cuales existía una cooperación básicamente económica, para la construcción de casas, la apertura de nuevas chacras, como también para la autodefensa de otros grupos locales en caso de posibles conflictos (venganzas por la muerte de uno de los miembros).

⁴⁰ Ministerio de Cultura. Ficha de descripción de pueblos originarios: Awajún. Publicado en Base de datos de Pueblos Indígenas y originarios.

Una unidad doméstica típica consistía en un varón cabeza de familia, una o más esposas, y sus niños. Una unidad doméstica podía también comprender a los esposos de las hijas de la cabeza de familia, al menos por unos pocos años después del matrimonio de estas (Brown 1984:24). Una de las características de la unidad doméstica extensa es que dentro de ella puede existir varias familias nucleares, monógama o poligínicas. Cada familia nuclear típica la conforma el varón con su esposa, y sus hijos e hijas solteros. Para la formación de una familia neolocal, el yerno, después de casarse, tiene que pasar un año, a más, en la casa de la esposa, donde este se encuentra bajo el servicio del suegro, luego de esto el varón puede asentarse cerca de la casa de los suegros o puede regresar al lugar de asentamiento de sus padres, llegando a formar una nueva unidad doméstica.

Otra de las características de la composición familiar son los matrimonios interétnicos, por lo general con la etnia Huambisa ubicada en los ríos Santiago y Cenepa. Estos matrimonios implican una movilidad constante de la pareja, en la que el varón o la mujer realizan visitas por varios meses al grupo familiar de origen.

Actualmente se puede observar cambios en este tipo de patrón de asentamiento, debido a un proceso de nucleación en función de la organización comunal, sobre todo para el acceso a los servicios de educación y salud. Sin embargo, aún se puede ver la distribución de hogares dentro de la comunidad según grupos familiares.

Organización Comunal

Como se ha visto la organización indígena awajún está conformado básicamente por las alianzas entre unidades domesticas conformando un grupo local, donde el padre de familia es el jefe dentro de la unidad doméstica. Con la formación y titulación de las comunidades nativas, desde el año 1974, la población indígena se rige a través de la Asamblea Comunal, la cual es presidida por una junta directiva: Un Apu, un Vice Apu, un Tesorero, un Secretario y sus Vocales. El Apu es la autoridad máxima dentro de la comunidad nativa y es elegido cada dos años. El tesorero y el secretario cambian constantemente a diferencia del Apu o Vice Apu, quienes pueden ser reelegidos según su capacidad de liderazgo. Cuando el Apu se ausenta, por diversos motivos, es el Vice Apu quien asume el rol de autoridad. Las cualidades para ser elegido como Apu dependen en cierta medida de su capacidad de buen orador (incluye manejar el castellano) y haber tenido experiencia en otros cargos dentro de la comunidad para poder realizar gestiones. Necesariamente tiene que ser una persona mayor o jefe de una unidad doméstica.

Dentro de la comunidad el Apu es quien se encarga de regir la organización comunal, en función del estatuto, organizar trabajos comunales, y la resolución de conflictos internos. Sus funciones incluyen también emitir y firmar documentos oficiales (títulos de propiedad, solicitudes, declaraciones juradas, entre otros.)

El Apu es el principal interlocutor entre los funcionarios de gobierno y la comunidad, es con quien se coordinan las actividades de los diferentes servicios y programas del Estado. Si bien, el Apu posee la autoridad dentro de la comunidad, esta solo se limita a la persuasión dentro de la asamblea comunal para la toma de decisiones, pues tiene que consensuar la posición de los grupos familiares que existen en la comunidad.

En la provincia de Condorcanqui se puede ver la existencia de co-gobernanza entre el Apu y el Alcalde Delegado, por lo que existe una confusa delimitación de roles con respecto a la coordinación entre los funcionarios y la comunidad, esto ocurre en las Comunidades Nativas que llegan a convertirse en Centros Poblados. Por otro lado, también están las “Comunidades anexos”, teniendo como autoridad a un “Apu delegado”. La mayoría de comunidades nativas poseen una gran cantidad de “comunidades anexas” donde se concentra la mayoría de la población dispersa, generalmente compuesta por un grupo familiar, quienes siguiendo un patrón de residencia migratorio en busca de mejores zonas para abrir chacras o conseguir alimentos de caza y pesca. Estos llegan a formar asentamientos que más tarde llegan a establecerse como anexos. A pesar de los grandes avances de los programas y servicios públicos en acercar los servicios a las comunidades más alejadas y de difícil acceso, se encuentran que en estas “comunidades anexas” las

barrearas de acceso aún son un gran reto. En muchas de ellas también persiste la desconfianza de estos servicios relacionada a “mitos”, como “la marca del diablo” para los afiliados a Juntos, el temor al exterminio de la población indígena por parte del gobierno, entre otros, percepciones que en las comunidades más cercanas se ha podido reducir. También se puede observar comunidades nativas que se encuentran dentro de centros poblados mestizos, en estos casos la autoridad máxima es la del alcalde.

Principales Actividades Económicas

Como es sabido, el tipo de economía en la mayoría de la población awajún se basa en una economía de subsistencia, dedicados principalmente al cultivo de yuca, plátano, maní y diversos frutales, asimismo a actividades de caza y pesca, crianza de animales menores como pavos, gallinas y cerdos.

Dentro de la unidad doméstica las actividades están diferenciadas por sexo y edad. Las actividades de caza son exclusivas de los varones quien se encarga de obtener animales de monte (majas, añuje, mono, armadillo, sajino, venado) para la dieta alimenticia de la unidad doméstica, también se encargan de las labores más duras en la agricultura como la apertura y limpieza de las chacras.

Las mujeres se encargan del cultivo de la yuca y la crianza de los animales menores, también de la preparación de los alimentos, la preparación del *masato* y el cuidado de los hijos menores. En el caso de los hijos pequeños, a partir de los 10 años aproximadamente, éstos apoyan en las labores del padre y la madre, según el sexo. Los hermanos mayores de ambos sexos apoyan a la madre en el cuidado de sus hermanos menores de 3 años.

En los últimos años se ha visto el incremento del cultivo del cacao por la demanda comercial de este producto, convirtiéndose en una actividad complementaria para el desarrollo de la economía familiar y una forma de adquirir efectivo. Por otro lado, también están los negocios como “Bodegas” que van en gran aumento dentro de las comunidades, de donde se abastecen de productos alimenticios como: enlatados de atún, arroz, fideos, entre otros, como también medicamentos básicos para las enfermedades más frecuentes.

Agentes de Medicina Tradicional

Dentro de las comunidades existe un conjunto de conocimientos y prácticas sobre la salud y la enfermedad, algunas de las cuales son practicados hasta la actualidad. De acuerdo con el sistema de conocimientos médicos de la cultura awajún tradicional, las enfermedades podían ser causadas por accidentes, fallas en el funcionamiento corporal o por brujería (Fuller, 2009:26).

El tema de brujería sigue siendo una concepción dentro de las comunidades awajún, cuando alguna enfermedad no presente mejoría con el tratamiento de medicamentos modernos. En estos casos se acude en un *curandero* o *chaman* para su diagnóstico y cura.

Existe una variedad de plantas medicinales y alucinógenas que sirven para el tratamiento y diagnóstico de ciertas enfermedades, los más comunes son el toe, ajengibre y el piri piri. Este conocimiento sin embargo no es de manejo general en toda la población, es atribuida a ciertas personas “*curanderos*” quienes heredan el conocimiento sobre las plantas con que curar.

En las comunidades existen diversos agentes de salud a los cuales los awajún suelen acudir para la solución de problemas de salud dependiendo de la causa de la enfermedad. El *sanitario*, es un agente de salud que aún existe en algunas comunidades, estos fueron implementados durante la presencia de Instituto de Lingüístico de Verano en el año 1947, y también por el Ministerio de Salud cuando se instalaron los botiquines comunales. Estos poseen conocimientos tanto de plantas medicinales como también en el uso de medicamentos, por lo general se acude al sanitario cuándo se sigue un tratamiento médico tradicional. Los técnicos de salud awajún, son quienes lograron estudiar alguna carrera técnica en salud, tienen mayor acercamiento con la población que el personal de salud del

establecimiento (cuando estos no son parte de la comunidad). Es a ellos a quien recurren muchas veces para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades recurrentes o menores (EDA, IRA). En algunos casos los técnicos en salud también venden medicamentos o aplican inyecciones cuando son diagnosticados en el establecimiento. También se encuentra el Promotor de Salud, sin embargo, estos en algunos casos no son de mucha confianza para la población pues son elegidos casi siempre a criterio del personal de salud, sin tener en consideración la relación que tiene dentro de su comunidad. Para la atención del parto por lo general son las mujeres mayores del entorno de la gestante quienes se encargan de asistirle durante este evento.

Religión

La iglesia nazarena es la que tiene mayor presencia dentro de las comunidades nativas awajún. Esta iglesia tiene una especie de directiva encabezada por el pastor de la iglesia. El pastor forma parte del grupo de “autoridades” (al igual que el presidente de APAFA, o los maestros awajún) con cierto tipo de influencia dentro de la comunidad. Se ha podido observar en la gran mayoría de comunidades el papel clave que juega el discurso del pastor con respecto a los programas sociales del Estado, por ejemplo, en lo relacionado al programa JUNTOS, han generado resistencia en la población con ideas como “marca de la bestia”. El pastor es un actor local clave para superar miedos y barreras en el acceso a los servicios de salud.

Organizaciones Indígenas

La defensa de los derechos y la participación política en el escenario nacional de los pueblos amazónicos se da a través de las Organizaciones Indígenas. A nivel nacional se encuentran organizados en la Asociación Interétnica de Desarrollo de la Selva Peruana (AIDSEP), la cual tiene sus bases a nivel regional. En la Región Amazonas se encuentra la Organización Regional de Pueblos Indígenas de la Amazonía Norte (ORPIAN-P). Una de las organizaciones más representativas de la etnia awajún es el Consejo Aguaruna Huambisa (CAH) formada a finales de 1970. Este Consejo fue la primera organización del pueblo awajún y wampis, que representaba a las comunidades nativas de los 5 ríos de la Provincia de Condorcanqui. Actualmente existen organizaciones indígenas en cada cuenca, las más representativas son: i) Organización de Desarrollo de las Comunidades Fronterizas del Cenepa (Odecofroc), ii) Federación de las Comunidades Indígenas del Bajo Santiago (Fecas), iii) Federación de Comunidades Aguarunas del Río Nieva (FECONARIN) y la iv) Federación de Mujeres Aguarunas del Alto Marañón (FEMAAM).

Si bien existe una participación de la ORPIAN-P en asuntos legales a nivel nacional en la defensa del territorio, se puede notar un debilitamiento en la participación dentro de las organizaciones locales en la provincia Condorcanqui, esto debido de alguna manera a la deslegitimación por parte de la población awajún de sus organizaciones.

7.2. Monitoreo Social

Rol del Gobierno Local:

La Municipalidad Provincial de Condorcanqui ha colocado en su agenda la inversión en el desarrollo social, poniendo como uno de los ejes principales la lucha contra la desnutrición crónica. Para ello se trabaja de manera integral, abordándola desde varias aristas: servicios de salud, acceso a identidad y programas sociales. Para lograr esta perspectiva ha sido fundamental la incidencia por parte del MEF, así como de la Red de Salud, para instalar e implementar el monitoreo social.

Otra intervención que se viene incorporando al quehacer del GL es la generación de proyectos productivos para implementar cultivos de cacao o plátano y generar mayores ingresos para la población indígena. Es por ello que los actores provinciales reconocen que el GL ha entendido que su rol es generar el desarrollo en las personas y no únicamente destinar recursos para la infraestructura.

Para reducir la desnutrición crónica, el GL viene dando énfasis al monitoreo social, así como a los centros de promoción y vigilancia comunal (CPVC) para el cuidado integral de la madre y el niño. Estos centros de vigilancia, se vienen implementando desde el 2012 en el marco del Plan de Incentivos para la Mejora de la Gestión y Modernización Municipal⁴¹. Los CPVC tienen el propósito de motivar a las madres a participar en las reuniones y lograr que lleven a sus niños para que puedan desarrollar sus habilidades tempranamente. La municipalidad es la encargada de la parte logística y operativa, bajo el asesoramiento técnico del sector salud, a través del área de Promoción de la Salud.

En la Provincia de Condorcanqui se ha logrado implementar hasta la fecha tres CPVC, todos ubicados dentro del distrito de Nieva: uno en el centro poblado Juan Velasco Alvarado, otro en el centro poblado Nueva Seasmí y el tercero en el mismo distrito, ubicado en el barrio La Tuna. Los dos primeros fueron implementados recientemente en el último semestre del año pasado como parte de la meta estipulada para el 2015.

Cada uno de estos centros cuenta con agentes comunitarios (10 agentes comunitarios en Nieva, 9 en Nueva Seasmí y 9 en Juan Velasco) y está a cargo de un sectorista, con especialidad en salud, que es contratado por la municipalidad. El trabajo básicamente se enfoca en la promoción de prácticas saludables para el cuidado de la madre gestante y del niño menor de 36 meses a través de consejerías y sesiones demostrativas (personalizadas o grupales en el mismo centro) dirigidas a las mismas madres.

Actualmente, los CPVC ya no son parte del Plan de Incentivos, sin embargo, se ha visto un claro compromiso por parte de la gestión municipal actual, en desarrollar el trabajo de los CPVC. Esto podría sugerir que la desaparición de esta meta en el Plan de Incentivos no necesariamente interrumpe la inversión en este tipo de acciones; aunque debe considerarse que, en el escenario de Nieva existe una confluencia de actores que apuestan por la DCI y abordar esta problemática es prioridad en el GL actual, lo que podría estar contribuyendo a su mantenimiento.

Los CPVC cuentan con un pequeño presupuesto de la municipalidad, para cubrir los insumos para las sesiones demostrativas, gastos logísticos, como también un modesto incentivo (canasta de víveres valorizada en 150 soles) para los agentes comunitarios.

A pesar que en la norma técnica se encuentra estipulada la participación del sector salud en cuanto a asesoría técnica y monitoreo de estos centros, aún hace falta un mayor compromiso por parte de este sector en asumir estos centros como una manera de fortalecer su trabajo extramural.

Monitoreo social. Enfoque y su incidencia en los factores de acceso oportuno:

⁴¹ Aprobado por el Ministerio de Economía y Finanzas mediante Decreto Supremo N° 033 – 2015 – EF.

El monitoreo social es una herramienta para fortalecer la articulación local de los actores, de la sociedad civil y los representantes de las diferentes instancias de gobierno para enfrentar problemas como la DCI. Estos actores locales se congregan y organizan bajo la conducción y liderazgo del Alcalde (o su delegado), a fin de realizar el seguimiento o vigilancia de indicadores de cobertura de productos priorizados por el PAN, (mediante siete indicadores), con el propósito de cerrar las brechas de cobertura, para que más niños y niñas accedan a los servicios claves.

El monitoreo social en Condorcanqui desde 2014 se encuentra experimentando una serie de transformaciones. Inicialmente, con la autoridad municipal anterior, el monitoreo no era una acción prioritaria, por lo que, a pesar de destinarse recursos para ello, no eran suficientes, pese a los múltiples esfuerzos por parte del MEF a nivel local, a través de la asistencia técnica de un consultor de monitoreo social en la zona. Además de ello, no se contaba con el recurso humano adecuado capaz de liderar el proceso de articulación, desde el Gobierno Local. La implementación del monitoreo social data del año 2013, a partir de esta fecha se registran algunos esfuerzos a nivel de las comunidades, aunque todavía de manera aislada.

“La tarea de trabajar con el monitoreo social (...) empieza desde el 2013. (...). Inicialmente los jefes no le daban mucha importancia a este comité, creo que, a nivel general, las instituciones en realidad no calibraron la importancia de este comité, incluso la municipalidad empezó a trabajar por ahí, pero como de repente ha sido un proceso de maduración que ha ido desarrollando y que ahora tenemos buenos frutos. (...) A finales del año pasado se empieza a dar un nuevo giro, toma más impulso”.

Responsable de JUNTOS- Santa María de Nieva

A partir del cambio de gestión en el 2015⁴², se ha conformado un equipo de trabajo de monitoreo social, se ha incrementado la cantidad de recursos humanos para el área y se ha establecido como una de las estrategias más importantes en el Gobierno Provincial.

Se asignó como responsable del área a una persona con experiencia en gestión municipal, con capacidad de liderazgo, convocatoria y diálogo, características que ayudan a la articulación con diferentes sectores. El equipo conformado, está comprometido con el trabajo y se han designado funciones de acuerdo a las prioridades municipales, por lo que dentro del área se identifica a los siguientes responsables: de padrón nominado, de sello municipal, de centro de vigilancia comunitaria y personal de apoyo.

El respaldo por parte de la autoridad municipal y la creciente asignación presupuestal en el área, muestra el compromiso de la autoridad y la apuesta por el monitoreo social como fundamental para la gestión municipal. Este respaldo puede ser explicado por algunos factores, como son la confluencia de actores externos e internos que buscan la creación de espacios de concertación y articulación. Entre los actores internos se identifica a uno de los regidores, quien es técnico de salud del establecimiento Nuevo Seasmé, otro actor interno que también apuesta por el desarrollo social es el responsable del monitoreo social, componente fundamental de este proyecto.

Como actores externos, se encuentra fundamentalmente el MEF, a través del Coordinador PpR- Amazonas, y del consultor que brinda asistencia técnica en monitoreo social en la zona en el marco del Proyecto “Cierre de brechas en productos priorizados del Programa Estratégico Articulado Nutricional”, quienes, a través de la incidencia realizada, coadyuvaron a insertar la estrategia del monitoreo social en la gestión municipal.

Además de ello, ha intervenido favorablemente el compromiso del alcalde provincial que apunta al desarrollo integral, enfatizando el desarrollo humano.

En este contexto, el GL entiende el monitoreo social como un instrumento de suma importancia para promover la responsabilidad de las autoridades locales, fortalecer la

⁴² Autoridad provincial elegida por elecciones complementarias en agosto 2015

gestión, luchar contra la corrupción, restaurar la confianza del pueblo y fomentar el equilibrio de las instituciones públicas y los programas sociales⁴³.

El monitoreo, se concibe como un instrumento de la gestión pública moderna, que transparenta la información y que incluye el monitoreo y evaluación como parte habitual de las actividades del gobierno local, enfatizando su diferencia con la gestión tradicional.

El monitoreo social recoge indicadores que miden los cambios a nivel de las condiciones de vida de la población, y no típicamente indicadores que solo reflejan la realización de actividades que no necesariamente impactan en la comunidad. De esta manera permite medir resultados relevantes en la gestión de todos los actores, es por ello que actualmente el monitoreo social viene ampliándose hacia otros aspectos como son los de educación y seguridad ciudadana, entre otros.

Implementación del monitoreo social:

La implementación del monitoreo social ha requerido la asistencia técnica del MEF y la participación activa del área respectiva, para sensibilizar y capacitar a los regidores y personal del GL. Al mismo tiempo, ha necesitado de intervenciones para la sensibilización y capacitación de los diferentes sectores.

Para lograrlo, los diferentes actores, incluido el GL han comprendido que el alcalde tiene la potestad de articular el desarrollo en la jurisdicción, siendo la máxima autoridad en el territorio.

Además de ello, cada institución maneja un presupuesto en apoyo a esta iniciativa y muchas de las instituciones tienen como meta reducir la desnutrición crónica infantil u otras metas comunes. En tal sentido, existen objetivos compartidos que actúan como elementos articuladores y conectores de los intereses institucionales.

Por esto, se evidencia una participación institucional que se va fortaleciendo en el camino y que, durante este año (2016), se ha reflejado en una participación más activa de los diferentes sectores en relación a años anteriores. Este fortalecimiento incide en la institucionalización del monitoreo social y de los espacios de diálogo generados a partir de éste.

"En este año tenemos un poco más de aceptación por los diferentes sectores, tenemos reunión con el programa JUNTOS, lo que es la RENIEC (...)"

Director Red de Salud Condorcanqui.

Asimismo, el que las instituciones comprendan las ventajas de monitorear los indicadores por los cuales serán medidos, y sobre los cuales se les asigna presupuesto, es de vital importancia, pues esto evidencia la utilidad del monitoreo en sí mismo, así como también el uso de esta información para direccionar de mejor manera las intervenciones. En este sentido, el padrón nominado, como parte del monitoreo social, es una herramienta que está siendo posicionada como parte integral del espacio de articulación.

El uso de la información del padrón nominado para conocer la problemática de la infancia ha contribuido a la articulación entre las instituciones locales. El uso de esta herramienta ha permitido la participación activa de diferentes actores provinciales, entre los cuales se pueden citar a: Salud, Educación, Programa JUNTOS, GRIAS- RENIEC, entre otros.

Como parte del monitoreo social se han generado espacios de diálogo como son los foros públicos, donde se ha convocado a los sectores, así como a la sociedad civil, con la participación de Apus, alcaldes de centros poblados, agentes comunitarios de salud, y organizaciones sociales de base, entre otros. El propósito de estos foros es de sensibilizar a la población en relación a la problemática de la infancia, enfocándola prioritariamente en los indicadores del PAN, así como asegurar la corresponsabilidad de los sectores y de la población para mejorar las coberturas y la calidad de los servicios.

⁴³ Revista Institucional de la Municipalidad Provincial de Condorcanqui, página 16.

El foro público es percibido como la rendición de cuentas “cualitativa” de la actuación colectiva de todos los sectores a nivel provincial.

“El foro público es de rendición de cuentas de los servicios de la parte cualitativa y los cabildos es de la parte cuantitativa, los del MEF nos exigen ver lo del foro público.”

*Responsable del Monitoreo Social-
Municipalidad Provincial Santa María de Nieva.*

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, por lo que el monitoreo social ha ido implementando una estrategia alternativa: realizar asambleas desconcentradas.

Las asambleas desconcentradas trasladan el espacio de concertación hacia una comunidad, contando con la participación de actores del Gobierno Local, GRIAS, Red de Salud, UGEL, y otros actores locales, como el establecimiento de salud, institución educativa, AMAPAFAS, entre otros. La primera asamblea tiene como finalidad informar y sensibilizar a la población sobre los roles de cada sector y los beneficios del acceso a los servicios que estos brindan. En la segunda parte de la asamblea, se recogen todas las dificultades suscitadas en las comunidades que afectan su relación con los servicios o que se constituyen en barreras del acceso a estos. Asimismo, se recogen problemas de calidad del servicio, principalmente los vinculados al recurso humano.

Una segunda asamblea tiene el propósito de llevar los servicios a la comunidad; durante éstas se realizan campañas de atención de RENIEC, capacitaciones, medición de hemoglobina, vacunación, entre otros.

En estas asambleas también se llevan a cabo acciones para formar juntas vecinales, en la que se nombra como jefe de la misma al Apu. Su finalidad es replicar espacios de articulación y promoción de la responsabilidad de las autoridades y vigilar por el cumplimiento de los servicios en la comunidad (como los de salud y educación).

La formación de juntas vecinales se viene implementando recientemente, aunque enfrentan un problema estructural, como es el de la legitimidad de los Apus y el resquebrajamiento de la organización comunal, además de requerir una serie de acciones para el fortalecimiento de capacidades en los líderes locales para que puedan asumir liderazgos en este sentido.

“Ellos tienen el compromiso, sino que falta que a las autoridades se les capacite y se les motive para que hagan el trabajo”.

Director de la Red de Salud Condorcanqui.

La realización de asambleas descentralizadas viene siendo incorporada a los presupuestos institucionales de los diferentes actores, puesto que originalmente era el GL quien asumía todos los gastos, desde el traslado, combustible, hasta los alimentos. Actualmente, los gastos son distribuidos entre todas las instituciones participantes.

Resultado del monitoreo social:

El monitoreo social tiene impactos en diferentes niveles, uno de ellos es el de la gestión pública, pues favorece el cambio de enfoque hacia una administración moderna orientada al logro de resultados. En efecto, se está iniciando este cambio en la gestión, aunque todavía queda un largo camino por recorrer dado el poco tiempo de implementación del monitoreo social.

El monitoreo social es también un espacio que ayuda al diálogo y al afianzamiento de los lazos interinstitucionales, entre las instituciones.

“En ese marco de monitoreo social no solo se trabajó el tema de los indicadores también hemos aprendido a compartir otros aspectos que específicamente como instituciones nos corresponde o nos interesa, de repente si asistía la UGEL, además que tratábamos temas del monitoreo social nosotros aprovechábamos para entablar, reforzar nuestras relaciones con la UGEL, de repente con la RENIEC, de repente con salud, con el gobierno local”.

Responsable del Programa JUNTOS- Santa María de Nieva

El monitoreo social, a través del padrón nominado, ha ayudado a la interoperabilidad de las bases de datos institucionales, que actualmente están interconectadas y se mantienen actualizadas. Ello ayuda a realizar seguimientos en materia de salud, de educación y de los programas sociales. En consecuencia, la información proveniente del padrón nominado se emplea actualmente por todas las instituciones; anteriormente no se comprendía.

“El padrón lo usan todos, salud no lo entendía, la UGEL también recién lo está entendiendo, solo dejaban su USB y se iban, eso no es homologar”

Responsable del Sello municipal- Municipalidad Provincial de Condorcanqui

En relación a los indicadores monitoreados, la implementación del monitoreo social coincide con la mejora del cierre de brechas de servicios como los que ofrecen RENIEC y JUNTOS. En relación a los servicios relacionados al SIS, inmunizaciones, CRED y suplementación, se evidencian mejoras, aunque en menor medida. Aunque no se puede atribuir directa y exclusivamente estas mejoras al monitoreo social, puede haber cierta contribución de éste al cierre de brechas. Ello podría explicarse por la sensibilización y difusión de información, a partir de los foros públicos y de las asambleas descentralizadas, las que contribuyen a desmitificar creencias contrarias al acceso a estos servicios y a informar in situ los beneficios del acceso a cada servicio. Sin embargo, las limitadas mejoras en los servicios de salud se deberían a que estos servicios requieren de una intervención continua y no solo de una acción única o de algunos procesos, como en el caso de la emisión del DNI. Es decir, en los servicios de salud intervienen con mayor fuerza las barreras identificadas, por lo que se requiere de toda una serie de acciones para mejorar su cobertura y calidad.

En el siguiente cuadro se muestra que el mayor avance en el cierre de brechas es el correspondiente al Código Único de Identificación, así como al del DNI.

CUADRO 33. Avance en cierre de brechas en la población infantil 2015-2016 en Condorcanqui

Año	DNI (<3 años)	CUI (<1 año)	SIN DNI (<3 años)	SIS (<3 años)	SIN SIS (<3 años)	JUNTOS (<3 años)	P.Vaso de Leche (<3)
2015	4,418	5	1,860	4,852	1,431	2,435	987
2016	5,651	530	906	5,796	1,291	3,227	2,224
Variación	28%	10500%	-51%	19%	-10%	33%	125%

Fuente: Municipalidad Provincial de Condorcanqui- Amazonas.
Elaboración propia.

El monitoreo social se constituye en una oportunidad para recoger las inquietudes de la población, en tal sentido, permite tomar decisiones a nivel local y provincial para mejorar los servicios. Por ejemplo, se han recogido denuncias sobre diversas faltas cometidas por docentes lo que ha conducido a su cambio.

Las asambleas descentralizadas brindan también la oportunidad de esclarecer diferentes dudas sobre los servicios públicos, como por ejemplo sobre las condiciones de retiro temporal del Programa JUNTOS.

Gracias al esfuerzo desplegado en el marco del monitoreo social, la Municipalidad Provincial de Condorcanqui junto con otras municipalidades seleccionadas han sido acreedoras del Premio Sello Municipal “Crecer para Incluir”. Para obtener este reconocimiento, la Municipalidad ha cumplido con implementar procesos referidos al inicio del trámite del DNI

de recién nacidos, registro en el padrón nominado de menores de 12 meses, implementación de espacio público de juego, reconocimiento de grupos de adolescentes, implementación de un agente corresponsal municipal, apertura de cuentas bancarias y acciones de educación financiera, entre otros.

Es también importante reconocer que debido a la reciente implementación de las diferentes estrategias del monitoreo social, aún no pueden verse resultados a nivel de las juntas vecinales por lo que esta estrategia necesita ser consolidada.

Desafíos del monitoreo social:

Se requiere asegurar recursos financieros para el funcionamiento del monitoreo social. Aun cuando el presupuesto puede ser asignado por diferentes instituciones, es necesario que se logre garantizar que cada sector asigne una partida para estas acciones, ya que actualmente ello depende de la discrecionalidad de las autoridades locales.

Asimismo, una tarea pendiente es lograr el apoyo del Gobierno Regional, a través de medidas correctivas o decisiones que coadyuven a mejorar los servicios, siguiendo los puntos clave de mejora identificados por el monitoreo social. Es posible que a nivel de DIRESA y DRE se tomen decisiones en este sentido.

De la misma manera, un reto importante es el hacer frente a los constantes cambios de directores, ya sea de la UGEL, como de las Redes de Salud, así como de otros sectores y programas sociales, lo que impacta en la participación, seguimiento de actividades y compromisos que deberían ser asumidos por estas instituciones.

En las comunidades, es menester acercar los servicios de salud y educación a la población indígena, lograr que se maneje un lenguaje común y que pueda generarse una buena sinergia entre ellos, que ayude a mejorar las coberturas y calidad de ambos servicios.

“Hemos encontrado un divorcio entre profesores y personal de salud, ellos no se entienden entre cuando son los representantes del Estado, pero no lo entiendes, ese rol lo hacemos nosotros”.

Responsable del Monitoreo Social – Municipalidad Provincial de Santa María de Nieva

Otro desafío importante es lograr la sostenibilidad del monitoreo social, es decir, que trascienda a la gestión municipal actual y que logre institucionalizarse en el territorio, así como legitimarlo como espacio de diálogo y vigilancia ante la sociedad civil. Para esto, es de suma importancia que continúe operando y se mantenga el esfuerzo desplegado, a fin de que se consolide. Aspectos como el normativo desde el Gobierno Central y la asignación presupuestal, deben ser incluidos para lograr la sostenibilidad. Asimismo, los incentivos económicos, que pudieran estar incluidos dentro del Plan de Incentivos pueden ser dinamizadores del monitoreo social, aunque debe precisarse adecuadamente el indicador de cumplimiento, pues la conformación del espacio de concertación como tal, no garantiza la vida orgánica y funcionamiento del monitoreo social.

Entre los elementos de sostenibilidad también se identifica la incorporación del área dentro de los documentos de gestión municipal, esto es el organigrama municipal, el Reglamento de Organización y Funciones y el Manual de Organización y Funciones. El área de monitoreo social debe tener la autonomía suficiente para actuar y brindar soporte a diferentes áreas de la municipalidad, por lo que, a juicio de los diferentes actores, debe ser un órgano de apoyo para el Gobierno Local. Otros elementos para la sostenibilidad son las normativas que deben respaldar el monitoreo social desde el nivel central. Otro reto que se identifica, es el de mantener el espacio de monitoreo social, como una instancia de diálogo de carácter técnico, en donde confluyan las acciones interinstitucionales, priorizando a la población.

El monitoreo social impulsado por el proyecto está demostrando ser una estrategia eficaz de trabajo articulado entre diferentes actores locales en torno a metas comunes. Sin embargo, requiere una inversión significativa de tiempo y recursos, así como de apoyo

técnico desde el gobierno central para su sostenibilidad y réplica hacia otros ámbitos del país.

7.3. Factores que facilitan o dificultan la adherencia (ingesta) de los suplementos nutricionales de hierro (chispitas, sulfato) en la población indígena, CRED, inmunizaciones y SIS⁴⁴

Los servicios de crecimiento y desarrollo, de inmunizaciones y los de entrega de suplementos nutricionales, así como los de afiliación al SIS, se brindan en los establecimientos de salud, por lo tanto, las deficiencias comunes que afectan el funcionamiento y acceso a estos centros de salud, impactan también en los servicios antes mencionados. Gran parte de los factores que facilitan o dificultan el acceso a estos servicios son transversales por lo que deben ser analizados de manera conjunta. Además, se presentan en las siguientes secciones los factores específicos para cada uno de los servicios o productos que forman parte del proyecto SWAP.

Contexto de la oferta del servicio

La oferta de servicios de salud en la provincia de Condorcanqui está organizada en 72 establecimientos de salud, distribuidos a lo largo de los 3 distritos: Nieva, El Cenepa y Río Santiago. Principalmente los establecimientos son de tipo I-1 (62 EESS), y 10 establecimientos de salud entre las categorías (I-2 (2), I-3 (6), I-4 (1) y II-1 (1)). Los EESS están agrupados en cuatro Micro Redes: Nieva, Kigkis, Huampami y Galilea.

Las cuatro Micro Redes se encuentran bajo la dirección de la Red de Salud Nieva, encargada de la parte técnica operativa y su administración financiera está bajo responsabilidad de la Gerencia Sub Regional de Condorcanqui.

La creación de la Red de Condorcanqui data de 8 años atrás, antes de ello, los establecimientos estaban bajo la dirección de la Red de Salud Bagua. En este corto tiempo de vida de la Red de Salud aún no ha logrado fortalecerse como tal, considerando además que la Red no es una Unidad Ejecutora en sí misma pues responde a la responsabilidad financiera de la Gerencia Sub Regional, lo que dificulta algunos procesos logísticos, de contrataciones y depende de la buena interrelación entre ambas entidades y sus direcciones.

Asimismo, desde la implementación de la Gestión por Resultados, mediante los programas presupuestales y gracias al apoyo de convenios como el EUROPLAN, se tiene una mayor claridad de los paquetes de atención que deben ser brindados al ciudadano, especialmente los del Programa Articulado Nutricional. En el trabajo de campo se identifica que, a pesar de todos los avances a la fecha, la estructura organizacional no ha logrado adaptarse a este modelo de gestión, por lo que se hace necesario reforzar estrategias de entrega de los paquetes de intervención en las poblaciones indígenas. Esta poca adaptación se refleja en la dificultad para articular las estrategias que componen el Programa Articulado Nutricional, como son: La Estrategia de Alimentación y Nutrición Saludable, Estrategia de Inmunizaciones y la de Etapa de Vida Niño.

“Sería bueno que hubiera un buen equipo en todas las estrategias que integran el PAN, porque el PAN debería ser algo integrado” (A la pregunta sobre los desafíos del PAN).

Coordinador PAN- Red de Salud Condorcanqui

Al interior de la organización de la Red de Salud se reconocen una serie de factores que dificultan su gestión e interrelación con el flujo eficiente y adecuado de recursos destinados a la producción de servicios, estos elementos se interrelacionan con las barreras de acceso y uso; estos factores se desarrollan en el siguiente acápite:

Características de la Red que limitan la calidad⁴⁵ y cobertura de los servicios

⁴⁴ Esta sección corresponde al acápite 6.4 y 6.5. de los TDR.

⁴⁵ Calidad según el Documento Técnico Política Nacional de Calidad en Salud. RM N°727-2009/MINSA: El desarrollo y fortalecimiento de los servicios de salud bajo la estrategia de la calidad, parte por reconocer que la prestación del servicio

En relación a los recursos humanos:

a. Rotación de recursos humanos:

Se evidencia una alta rotación de funcionarios dentro de la Red, cambios constantes de Director y por consiguiente en el equipo técnico. En este último año se reportaron 3 cambios a nivel de Dirección de la Red de Salud de Condorcanqui y en la conformación del equipo técnico. Ello dificulta la continuidad de políticas de gestión y conducción institucional.

La rotación de recursos humanos, también se observa en los establecimientos de salud. Encontramos que el tiempo de permanencia promedio del personal contratado es de 3 meses, el mismo que coincide con el tiempo de duración del contrato. Luego de este periodo, el personal puede recibir un memo donde se indica la no renovación del contrato, o por lo general el mismo personal decide retirarse de la zona, debido a varios factores, entre ellos; al alto costo del transporte fluvial hacia los establecimientos de salud, las remuneraciones no competitivas y las pocas facilidades para días de salida. Otro factor en algunos casos es la poca comprensión entre el sistema de salud y la población; con frecuencia se señala que cuando hay problemas de salud graves, se responsabiliza únicamente al personal de salud inclusive de la muerte del paciente.

“Algo pasó y el responsable fue el personal de salud, quien mató al personal, como vemos que toman represalias contra el personal hay que movilizarlo”.

Responsable SIS - Red de Salud.

b. Fortalecimiento de capacidades al personal:

Las políticas de fortalecimiento de capacidades del personal que labora en los establecimientos de salud son aún muy débiles y poco definidas. Sin embargo, el desarrollo de capacidades es de gran interés para el personal de salud, debido a que en la zona no existen ofertas académicas para continuar cursos o diplomados en salud. El personal de salud busca seguir mejorando sus competencias, por lo que manifiestan que la DIRESA debe contar con una política de desarrollo de capacidades, como parte de los estímulos brindados al personal de salud que labora en la zona.

“Lo malo es que acá no llega el estudio para superar, (...) nos hablan en ese mismo momento, nos dan unas pautas, como mejorar así, pero nada más, yo diría y ya le hemos dicho que nosotros queremos capacitarnos más, pero hasta ahorita nada”.

Técnica en enfermería CS Nuevo Seasmé

De otra parte, el nuevo personal de salud, ya sea contratado o profesional SERUMS, no recibe una inducción en cuanto a salud intercultural o enfocada a lograr una mejor comprensión de la cosmovisión awajún o wampis. La inducción es dirigida principalmente al manejo de formatos de atención del SIS, registros HIS y a temas administrativos relacionados.

Asimismo, años atrás la Red de Salud Bagua, cuando administraba la jurisdicción de Condorcanqui, optó por formar a técnicos sanitarios, quienes, en muchos de los casos, eran agentes comunitarios de salud (promotores), como medida para asegurar la presencia de un personal de salud en los establecimientos, en vista de que profesionales y técnicos de salud no querían laborar en la zona. Los técnicos sanitarios actualmente no reciben capacitaciones organizadas por la Red o por el mismo establecimiento de salud. Es importante destacar que este tipo de personal es fundamental, ya que por ser awajún y hablar el idioma local, se constituyen en una gran fortaleza, sin embargo, esta situación no está siendo debidamente aprovechada. Aun cuando las razones para no realizar estas actividades son presupuestales, pueden idearse una serie de estrategias para optimizar el presupuesto y lograr el fortalecimiento de capacidades entre el personal técnico sanitario.

constituye la experiencia objetiva y tangible que pone en contacto directo a proveedores y usuarios en la realización de los procesos de atención.

“La Red Bagua gestionó la formación de los técnicos sanitarios, porque no llegaban los técnicos de institutos, ellos son los que están trabajando, pero ellos sí nos apoyan. Nos falta la parte académica, y ésta es la parte que más nos cuesta, nos cuesta capacitarlos, porque es caro traerlos”

Funcionario MEF- Amazonas

Al respecto, desde el Ministerio de Salud, la política de salud intercultural es reciente. En el año 2014 se aprobó el Documento Técnico “Diálogo Intercultural en Salud”, mediante R.M. 611-2014- MINSA. El objetivo de este documento es establecer las orientaciones técnicas para el uso de la metodología del Diálogo Intercultural en Salud para articular acciones con los pueblos indígenas y las poblaciones afroperuanas, los agentes de la medicina tradicional y las autoridades locales, que mejoren el acceso y la calidad de atención en los servicios de salud. En este documento, se establece la secuencia del diálogo intercultural en salud.

Adicionalmente, a inicios del presente año, se ha emitido el D.S. 016-2016-SA, que aprueba la Política Sectorial de Salud Intercultural, donde se aprueba la creación de la Comisión Multisectorial de Naturaleza Permanente, entre cuyas funciones se identifica: a) La emisión del informe técnico que contenga el Plan Multisectorial de Salud Intercultural 2016-2021 que a) Desarrolle un modelo de prestación de salud que incluya las dimensiones de acceso físico (sistema de referencia y contra-referencia), pertinencia cultural, conectividad y financiamiento y b) La emisión del informe técnico que contenga el Plan de Formación de Recursos Humanos en Salud Intercultural, en el marco de los planes nacionales de provisión de recursos humanos para la atención primaria y especializada.

De ambos documentos se desprende que la Política de Salud Intercultural es reciente y que su implementación aún se encuentra en proceso, lo que reafirma lo encontrado en las visitas de campo.

c. Sistema de contrataciones:

El periodo de vigencia del contrato es uno de los elementos que merece especial atención, puesto que el tiempo de contratación es de solo tres meses. Esto dificulta el tener una estabilidad laboral y planificar acciones a mediano y largo plazo por temor al cambio o suspensión de contrato. Asimismo, también existen casos de personal de salud que solo busca trabajo temporal y que aceptan este periodo para luego retornar a sus lugares de origen, puesto que mayormente el personal de salud proviene de Cajamarca, Trujillo o Chiclayo.

El periodo contractual tiene un impacto negativo en la creación del vínculo de confianza entre el proveedor de servicios y la población, lo que es un factor clave para asegurar la calidez y acceso cultural a los servicios de salud.

d. Gestión del tiempo y permanencia en la jurisdicción:

El personal de salud, que en su mayoría proviene de otros departamentos, permanece en la zona alrededor de 18 días. Según contrato, el personal debería trabajar de lunes a viernes, los fines de semana deberían ser empleados como días libres. Sin embargo, dada la lejanía de los establecimientos, difícilmente pueden salir por un par de días, por lo que normalmente optan por permanecer los sábados y domingos, muchas veces brindando atención en el establecimiento de salud. Esta realidad no es considerada para planificar los días libres del personal, lo que origina malestar entre ellos, quienes muchas veces resultan tomando más días libres de los que les corresponden en relación al sistema actual de contrato.

Los costos del transporte también limitan la salida mensual del personal, debido a que los establecimientos se encuentran lejanos y el personal debe asumir costos extras para su desplazamiento, por lo que algunos de ellos deciden quedarse por dos meses en la zona y luego tomar sus días de descanso correspondientes.

Para tener una mejor idea de los costos de transporte hacia la capital distrital, se menciona el importe de traslado a las comunidades visitadas en Nieva:

Comunidad	Costo de transporte (Soles)
Hebrón	S/ 10.00
Nuevo Seasmé	S/ 21.00
Kigkis	S/ 60.00

Fuente: Información obtenida en el Trabajo de Campo
Elaboración propia

Es por ello, que el sistema de permanencia de días en la jurisdicción debe ser adaptado a estas realidades, de tal manera que se brinde al personal facilidades de desplazamiento hacia sus ciudades de origen, como por ejemplo los sistemas de salidas de 21 x 7; esto en sí mismo, constituiría un incentivo al personal de salud.

e. Remuneraciones:

Años atrás mejoraron las remuneraciones para zonas con las características de Nieva por lo que la zona se hizo un poco más atractiva para el personal. Sin embargo, posteriormente se incrementaron también las remuneraciones en las ciudades. Ello ha influido en que el trabajo en las zonas rurales sea menos atractivo para el personal de salud, pues comparan los riesgos y beneficios de asumir ofertas laborales en la ciudad o desplazarse hacia zonas alejadas.

“Teniendo un mejor aumento de sueldo, un nombrado en la ciudad que gana 2500 por decir y el nombrado aquí, en la parte más alta gana igual 2500, solamente hay algunos que ganan su bono de frontera, pero es poco, es mínimo. Los contratados igual, no podemos aumentarles el sueldo, porque hay una base. Entonces ellos prefieren estar en la ciudad trabajando, que estar en zonas de riesgo”.

Director Red de Salud Condorcanqui

En relación a la gestión institucional:

El equipo técnico de la Red de Salud de Condorcanqui presenta modificaciones a lo largo del año, dependiendo de la designación de un nuevo director institucional. Como ya ha sido señalado, el personal que conforma el equipo técnico no es de la zona, puesto que en la provincia no existen ofertas académicas de formación profesional en salud y aun es limitado el número de profesionales de la zona. Es por ello, que, para realizar una adecuada gestión, es imprescindible que el personal conozca las características propias de la localidad, la cultura, el acceso y otros aspectos que en definitiva influyen en la calidad y aceptabilidad del servicio de salud.

Lamentablemente, el personal no siempre conoce la realidad de la provincia, lo que dificulta una adecuada programación y gestión desde la Red. Por esto, es imprescindible realizar inducciones vivenciales al personal que llega a laborar en la Red de Condorcanqui.

“No sabría percibir esto, porque no he estado en ningún puesto”.
Responsable de Inmunizaciones- Red de Salud

“Son gente de fuera o gente que no ha trabajado nunca en un puesto de salud, piensa que la forma de atención es como en Bagua o Jaén”.

Coordinador PAN- Red de Salud Condorcanqui

Otro aspecto para la adecuada gestión es el darles continuidad a las prioridades de la gestión en salud y su abordaje; aun cuando se reconoce la importancia de la continuidad en las prioridades sanitarias, resulta difícil que éstas permanezcan o sean abordadas bajo una misma estrategia, debido al cambio frecuente del Director de Red.

En relación a la gestión de los programas que vienen formulados desde el nivel central-MINSA- se evidencia que éstos muchas veces no han sido adaptados a las necesidades propias del ámbito y que generan sobrecarga administrativa al personal de salud, restando tiempo para la realización de otras actividades asistenciales.

Además, los testimonios del personal de salud identifican la gran necesidad de generar programas que incidan en la educación de la familia, niños y líderes locales, fortaleciendo sus capacidades en diferentes niveles y roles. Esta acción supone contar con recursos humanos que puedan desarrollar programas educativos en las comunidades, incidiendo en las necesidades de las localidades (actividades extramurales).

“Nos mandan Plan de Salud Escolar que lo han hecho en las oficinas de Lima, supuestamente en un día te vas, pesas tallas, haces diagnóstico nutricional, evalúas visión y nada más, eso no va a traer ningún cambio en esta zona, eso puede funcionar en la ciudad, porque no hay que trabajar tanto en educación, pero acá lavado de manos está en cero, por más que les digas, no lo hacen, consumo de agua segura está en cero”.

Director del Establecimiento de Salud Kigkis

En relación al monitoreo institucional:

El monitoreo de la Red de Salud hacia las Micro Redes se caracteriza por ser poco frecuente y estar más orientado a la supervisión en tanto no incorpora elementos de asistencia técnica o acompañamiento, aspectos claves para fortalecer los servicios de salud. En tal sentido, el monitoreo incluye pocas acciones para corregir o reorientar las acciones de salud hacia la comunidad.

La sectorización para el monitoreo no es una estrategia practicada consistentemente en las micro redes, entre los factores que influyen en esto, se puede mencionar a la alta rotación de personal.

“La sectorista bajaba a la Red Túpac Amaru, nos reuníamos con ella, primero mejorar el padrón nominado, nos exigían que no escape ningún niño, nos enseñaban cómo manejar el padrón, como filtrar las vacunas, hasta de los puestos sabíamos cuáles eran las estrategias que cumplir como meta. Estaban más organizados, mensual salíamos por equipo, cada sectorista estaba asignado a supervisar, acá no llega a supervisar a todos”.

*Lic. Enfermería awajún - Hospital de Nieva
(Refiriéndose a la Red Bagua en relación a la Red Condorcanqui)*

En relación a los servicios básicos en los establecimientos de salud:

Algunos establecimientos de salud, como por ejemplo el de Kigkis no cuentan con servicios básicos como agua potable y luz, por lo que el personal de salud debe agenciarse de agua del río para preparar los alimentos, el aseo personal, entre otras actividades. Estas son condiciones poco favorables para una larga permanencia del personal de salud, por lo que algunos optan por renunciar.

Los factores mencionados hasta este punto, están relacionados a la gestión misma de los servicios de salud y actúan como condiciones del entorno que inciden en incrementar las barreras de los servicios de crecimiento y desarrollo y suplementación nutricional, entre otros. En los siguientes párrafos se abordará las barreras de salud referidas a las políticas sanitarias. Para ello aplicamos el modelo desarrollado por Tanahashi⁴⁶ para el análisis de las barreras en el proceso de provisión de servicios de salud. Este autor propone cuatro dimensiones básicas para analizar la relación entre oferta y demanda por los servicios de salud: la **disponibilidad** (relación entre el volumen, tipo y tamaño de los servicios en relación a las necesidades de la población objetivo), la **accesibilidad**, (referida a las barreras físicas, financieras y administrativas para el acceso a los servicios); la **aceptabilidad** (aceptación de los servicios basados en el trato, adecuación cultural y

⁴⁶Tanahashi, T. Health service coverage and its evaluation. Boletín WHO. 1978;56(2):295–303

confianza) y la **utilización** (dimensión referida al uso actual de los servicios por parte de la población objetivo)⁴⁷. Aplicaremos y analizaremos a continuación estas 4 dimensiones en las dos zonas de estudio.

7.4. Barreras al acceso oportuno de CRED, inmunizaciones, suplementación con hierro y SIS

Disponibilidad de los servicios:

La disponibilidad se entiende como la relación entre el volumen y el tipo de servicios existentes, con el tamaño y las necesidades de la población objetivo. La disponibilidad de servicios de salud en la zona es principalmente de establecimientos de salud de tipo I-1, en donde labora personal técnico (técnico sanitario); en unos pocos EES puede contarse con personal profesional, generalmente enfermeros y obstetras.

En general se reconoce que los establecimientos del nivel I deben realizar prioritariamente actividades extramurales de promoción de salud, aunque en la práctica el personal no realice muchas de estas actividades debido a la falta de incentivos, barreras logísticas y la falta de recursos humanos suficientes.

Inclusive, los establecimientos de salud de nivel I-3, no cuentan con equipos completos de personal de salud; la normativa establece que debería haber dos profesionales por especialidad, a pesar de esto, normalmente se cuenta únicamente con un equipo completo.

Ante esta brecha de recursos humanos, la Municipalidad Provincial de Condorcanqui viene contratando personal, principalmente técnicos de enfermería, quienes contribuyen en cierta medida a reducir esta brecha de personal, aunque principalmente asumen labores asistenciales dentro de los establecimientos.

Asimismo, aun cuando se cuenta con personal técnico o profesional, éste no se encuentra capacitado o convencido de los beneficios y composición de los suplementos de hierro, vacunas y no están suficientemente capacitados para las labores promocionales. Por ejemplo, señalan que los multimicronutrientes contienen aminoácidos, cuando solo contienen vitaminas y minerales.

“El multi, si bien es cierto, tiene más de cinco, y el tema por ser más de cinco, fisiológicamente la adherencia va a ser más difícil, porque tiene vitamina A, ácido fólico, zinc, sulfato ferroso, tienen aminoácidos”.

Personal de salud. Centro de Salud Kigkis

Los mensajes y actitudes sobre la salud preventiva no son homogéneos entre el personal de salud. Se menciona con mucha frecuencia que el personal técnico y profesional promueven la vacunación y consumo de suplementos y que el técnico sanitario, que es personal de la zona y conoce el idioma local, no muestra convencimiento sobre las bondades de estos productos. Por el contrario, muchos de estos técnicos muestran serios cuestionamientos a su uso; es por ello que la disponibilidad de los recursos humanos debe analizarse con sumo cuidado, pues aun cuando hubiera personal en la zona, éste no se encuentra debidamente capacitado ni convencido para promover el uso de los micronutrientes y las vacunas en las zonas del proyecto.

En cuanto a los insumos y equipamiento para la atención en CRED y suplementación con sulfato o micronutrientes, se cuenta con equipamiento adecuado, aunque se reconoce también que hace falta mantenimiento a los equipos y que es necesario capacitar al personal de salud en el empleo de los mismos, principalmente de los hemoglobínometros.

Accesibilidad a los servicios:

⁴⁷ Tanahashi, T. Op. Cit. Pag 295-298

Las barreras de accesibilidad están referidas a aquellas que obstaculizan que los individuos o grupos poblacionales empleen la oferta programática. Estas barreras están agrupadas en barreras de accesibilidad física, financiera y organizativa o administrativa.

En relación a la **accesibilidad físico-geográfica** se identifica que los establecimientos de salud ubicados en el casco urbano, como por ejemplo el Centro de Salud Nieva, atienden a la población asentada dentro del perímetro cercano al establecimiento, pudiendo ser población mestiza o indígena no perteneciente a comunidades nativas. La accesibilidad física de estos grupos es adecuada y no se identifican barreras de acceso físico para la población de las ciudades principales.

Sin embargo, los establecimientos de salud ubicados en comunidades indígenas atienden a una población mayoritariamente dispersa, donde los medios de transporte pueden ser escasos o nulos. Transportarse por vía fluvial o caminar, demanda varias horas para llegar al establecimiento. Esta situación es similar inclusive para las comunidades nativas, cuya jurisdicción está adscrita a los establecimientos ubicados en las ciudades principales, en cuyo caso la distancia y falta de transporte continuo es una barrera frecuente.

Por ejemplo, la comunidad de Nuevo Tunduzá, atendida por el Centro de Salud Nuevo Seasmé, se encuentra aproximadamente a 1.5 hora de distancia en carretera, aunque no existe transporte específico que conecta a Nuevo Tunduzá con Nuevo Seasmé. Por lo que, de querer abordar un auto, se debe esperar las camionetas que salen de Tayunza (2.5 horas desde Tunduzá) y pagar un costo aproximado de 15 soles.

En el siguiente gráfico, se puede apreciar la red vial en Condorcanqui (en líneas rojas), la cual aún es insuficiente y principalmente se encuentran solo vías nacionales, no así las departamentales. En consecuencia, para acceder a los establecimientos de salud, principalmente se realiza a través de la navegación fluvial o desplazándose a pie.

Sistema Nacional de Carreteras. Departamento de Amazonas- Provincia de Condorcanqui



Fuente: Ministerio de Transportes y Comunicaciones del Perú.
Mapa Vial del Departamento de Amazonas.

Una de las estrategias para la atención en estas zonas eran los AISPED (Equipos de Atención Integral de Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas), los cuales tuvieron presencia en Condorcanqui hasta el año 2013. Luego de lo cual el personal que laboraba bajo esta modalidad, se instaló en los puestos de salud satélites, que actualmente cuentan con registro RENAES y han pasado a ser permanentes. Con ello, también la oferta itinerante que de alguna manera podría acercar los servicios de salud a la población, desapareció.

Como parte de las barreras físicas o geográficas, debe citarse la poca integración vial existente en Condorcanqui; la zona aún no cuenta con vías de acceso terrestre, solo existen algunas vías principales que conectan por ejemplo Bagua con Santa María de Nieva. Sin embargo, al interior de la provincia, la conexión vial es escasa, esto hace que el traslado entre la Micro Red de Salud y sus establecimientos, así como entre un establecimiento de salud y las comunidades que pertenecen a su jurisdicción, tenga que hacerse por vía fluvial, a pie, e inclusive empleando helicóptero.

“Podría manejarse con AISPED, pero más que todo que haya accesibilidad. O sea, te la pasas 12 días caminando, o se llega con helicóptero”.

Director Red de Salud Condorcanqui

La lejanía y falta de transporte regular incide en la **barrera financiera**, pues debido a la distancia y a la poca frecuencia de la movilidad, el transporte resulta oneroso y no puede ser cubierto por la población que demanda el servicio, en todo caso, es un desincentivo para su uso. La lejanía supone también una pérdida invaluable de tiempo de la población ya sea para acceder a un transporte o caminar largas horas, dejando muchas veces de realizar sus actividades cotidianas de sustento.

“En las comunidades nosotros acudimos una vez al mes a hacer atención, sino saliéramos no vienen, de acá a Puerto Tunduzá hay de 3 a 4 horas caminando, y a veces ellos para que vengan no tienen dinero, por eso el personal tiene que salir allá”.

Lic. Enfermería CS Nuevo Seasmé

En relación a las **barreras organizacionales**, es claro que, en las comunidades, los horarios de labores en las chacras se superponen a los de atención en los establecimientos de salud. Es decir, mientras las mujeres han acudido a las chacras para cosechar yuca, plátano o alimentos locales, el establecimiento ofrece sus servicios, por lo que el acudir a las atenciones implica dejar de realizar estas actividades.

Esta misma situación se replica en las atenciones extramurales. Cuando el personal de salud realiza las Atenciones Integrales de Salud (AIS), se desplaza hacia las comunidades de la jurisdicción del establecimiento. En estas atenciones se brinda atención generalmente en las mañanas hasta las 12 o 1 de la tarde, por lo que la estrategia no toma en cuenta la rutina diaria de la población.

Las atenciones integrales de salud que son programadas únicamente para un día y donde la cantidad de población ameritaría más de uno, resultan en un desincentivo, pues la población percibe que se le atiende muy rápido, o tienen que esperar varias horas para conseguir ser atendidos.

Al respecto, el Modelo de Atención Integral basado en Familia y Comunidad (MAIS-BFC), aprobado mediante R.M. N° 464-2011, señala como uno de los atributos de las redes integradas de servicios de salud y sus elementos correspondientes en el MAIS-BFC, la atención de salud centrada en la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta las particularidades culturales y de género, y los niveles de diversidad de la población. Para ello, se establece que en la provisión de paquetes de atención integral a la persona, familia y comunidad intramural y extramural, los servicios de salud deben adecuarse.

Esta adecuación a las particularidades de atención, en nuestra opinión, debiera incluir el tomar en cuenta las particularidades del estilo de vida de la población, por ejemplo, los horarios de labores en la chacra para evitar que el servicio se ofrezca durante la jornada

laboral, pudiendo hacerse por ejemplo en fines de semana sobre todo en el caso de la atención itinerante.

En las AIS antes mencionadas se atiende principalmente a niños, realizándose el control CRED, inmunizaciones y suplementación con hierro.

“Salud no puedo atender rapidito, montón de gentes, acá somos 160 familias. Salud no atiende todo, atiende solamente en la mañana. No he ido porque hay mucha gente. Ellos vienen cada mes”.

Madre de familia 1- Comunidad de Hebrón

Además de ello, la programación de las atenciones integrales en salud (AIS) en algunos casos es comunicada con tiempo a los Apus de las comunidades para realizar las convocatorias, en otros casos la comunicación es débil y no siempre se realiza con antelación.

“Cuando vienen vacuna ahí sí, vienen a vacunar, hacen una reunión y coordinan con el Apu, sino hay Apu, a veces llegan ellos solos, con los alumnos lo hacen vacunar, a la escuela”.

Padre de familia 1- Hebrón

El que los AIS sean establecidos en fechas fijas, va institucionalizando el servicio entre la población y generando confianza de que el personal de salud acudirá a la comunidad en la misma fecha, todos los meses. Sin embargo, en otros casos, los AIS son programados cada mes, por lo que la fecha de su realización varía.

“En la comunidad como ya son actividades programadas la población nos espera en una casa comunal ya reunidos, empezamos con una sesión educativa, (...) ya la comunidad ya sabía cuándo es actividad extramural se va a demorar el trabajo, programamos para que las mamás ya no salgan a su chacra o a trabajar, que solamente lleguen a esperarnos”.

Lic. Enfermero awajún Hospital Nieva (refiriéndose a cuando laboraba en un P.S.)

Las barreras geográficas y financieras se pueden revertir con la estrategia de los AIS, es por ello que se debe garantizar el personal requerido para su realización. Otros aspectos importantes a tomarse en cuenta son el combustible y la movilidad requerida, sea por vía fluvial o terrestre a fin de asegurar que el equipo de salud acuda y pueda llevar los insumos y materiales necesarios para el desarrollo de las AIS.

“Hay otros establecimientos que solo llegan por vía fluvial, entonces obligatoriamente tienen que tener una canoa o un peque peque, lógicamente que la Red si nos asigna combustible, eso es beneficioso para los establecimientos que tienen movilidad, si no hay que pagar movilidad. Por ejemplo, nosotros pagamos un mototaxi, pero nosotros somos 5, en el moto-taxi solo van 3, entonces quedan 2”.

Técnico de Enfermería Nuevo Seasmé

En establecimientos de salud como el de Nuevo Seasmé los AIS incluyen los servicios del registrador civil, para tramitar las actas de nacimiento y al personal del centro de promoción y vigilancia comunitaria.

“Va el registrador, porque somos un equipo, él va y busca a los niños que no tienen DNI, coordina, algunos ya están sacando su partido. Va la del centro de promoción y vigilancia, es una ventaja porque ella es awajún. Y ella le entiende a perfección el idioma”.

Técnico de Enfermería Nuevo Seasmé

Aceptabilidad de los servicios:

La aceptabilidad de los servicios está referida al grado en que la población o grupos sociales específicos aceptan los servicios, aumentando o disminuyendo la probabilidad de que hagan uso de ellos.

Una de las principales barreras dentro de la aceptabilidad es la **débil adecuación cultural** del servicio hacia la población, incluyendo el empleo de idiomas diferentes. Las comunidades indígenas reciben orientación del personal de salud, en cuanto a vacunas y

uso de suplementos, la que se da principalmente en castellano. Con pocas excepciones, el personal de salud no habla el idioma local, puesto que además rota con frecuencia. Hay casos en los que el personal habla el idioma local, lo que puede deberse a que es personal que labora mucho tiempo en la zona o es personal de salud awajún. Con respecto a esto último, se debe considerar que habitualmente es el técnico sanitario quien habla el idioma local. Sin embargo, no necesariamente este está presente en las consultas de CRED y micronutrientes, debido a que está encargado del área de admisión, triaje, y dedica su tiempo a labores administrativas. Por lo tanto, el contar con un personal que conozca el idioma local, no necesariamente garantiza la consejería ni la atención en el idioma nativo.

En relación al idioma, se tienen dos lecturas distintas; desde el personal de salud, se concibe que sea suficiente que haya un personal de salud (técnico sanitario) que hable el idioma, pues, éste puede ayudar a brindar las orientaciones a la población, cuando sea necesario.

“La mayoría de establecimientos tiene un técnico de la zona, ellos hablan awajún. En el centro de salud Nieva hay un técnico que habla el idioma”.

Responsable SIS- Red de Salud.

Una segunda lectura que se evidencia entre otros profesionales y técnicos de salud, sostiene que es sumamente importante que se aprenda al menos lo básico para lograr comunicarse con la población y disminuir estas barreras idiomáticas. Esto significa que el personal profesional pueda saludar y despedirse en el idioma local, así como explicar procedimientos para el cuidado luego de las vacunas, para administrar los micronutrientes o sobre como consumir algún medicamento. Inclusive se reconoce que aun cuando el personal de salud puede estar debidamente capacitado en la temática de salud, el no conocer el idioma local limita el que pueda generar una adecuada interacción con la población, siendo esta una barrera clave para la buena comprensión del mensaje.

“Me llamaban a mí o al técnico y ya les explicábamos bonito y allí recién te permiten hacer los procedimientos, acá igual, la licenciada conoce todo de lo que es manejo de área niño, le explica a la mamá, pero a veces no llegan a entender, más rápido entienden cuando les hablo el idioma”.

Enfermero awajún- Hospital Santa María de Nieva

Esta segunda opinión es compartida por la población, que asevera que cuando la madre habla únicamente awajún es imposible que se logre un entendimiento entre el proveedor y esta, por lo que se reitera la necesidad de que el personal aprenda a comunicarse en el idioma de la población indígena.

Algunas veces, si hubiera madres de familia que hablan castellano esperando a ser atendidas, estas actúan como interlocutoras entre el proveedor de servicios y la otra madre que solo habla el idioma local. Lógicamente que, en estos casos, no se puede garantizar una fidelidad de la traducción en el mensaje que se le está dando a la madre.

“Cuando decimos alguien viene, si no sabes entender, y nosotros un poco entendemos, pasamos los dos y nosotros entendemos un poco, ya ustedes explican castellano, es lo que está explica a ustedes, nosotros avisamos así dice y vuelta avisamos a esta señora”.

Madre de familia 2 Nuevo Seasmé

Así también, la aceptabilidad de los servicios requiere el pleno entendimiento de los procedimientos a realizar, sus probables consecuencias y cuidados que se necesitarían y el propósito del servicio o producto. Esto requiere un diálogo previo o una serie de momentos de información o educación hacia la población, donde se aborden todos estos aspectos. A pesar de ello, muchas veces se inician los procedimientos sin que se haya destinado el tiempo suficiente para informar a la población; esto hace que surja la desconfianza y que se instale la desinformación entre la población y los servicios de salud.

“Una vez había poca resistencia que decían, niñas mayores de 10 años van a tener vacunas para prevención de no embarazar, pero en realidad eso no era, era para prevención de VIH, entonces, uno que no entendió bien prácticamente el anticipo que esa vacuna va ser para que no embaracen, entonces, ahí ha sido mal entendido, porque yo entendí así, porque yo

conversé con doctora (...) pero como algunos no entienden castellano, entienden al revés, y para interpretar lo cambian prácticamente”.

Pastor Comunidad Nativa Hebrón

Por otra parte, el tema cultural no solamente implica el empleo del mismo código de comunicación, sino, además, supone adecuar los mensajes a la realidad local y comprender el entorno y costumbres de la población. En ese sentido, la adecuación cultural aun es incipiente en los servicios de salud; se encontró que los mensajes para uso de suplementos emplean ejemplos de alimentación de la Costa e incluyen alimentos con costos altos para la zona o que no se encuentran disponibles en los mercados locales. Además de ello, la población emplea alimentos propios de la zona como hortalizas, animales de monte, entre otros, sin embargo, estos alimentos no son incluidos durante la consejería nutricional; ello se interpreta entre la población indígena como una desvalorización de su cultura⁴⁸. Durante el trabajo de campo no encontramos evidencia sobre el uso de materiales o cajas de herramientas desarrolladas por la donación japonesa o proyectos previos

Dentro de esta misma lógica, cuando se brinda la consejería, no se abordan adecuadamente las ideas negativas que tiene la población sobre determinados productos. Por ejemplo, sobre los multimicronutrientes: se cree que “matan hormigas”, sin embargo, durante la consejería no se dedica un tiempo para explicar por qué esta información no es real, explorando en las preocupaciones de la madre. O en su defecto, si es que se hace, la barrera del desconocimiento del idioma, dificulta la comunicación asertiva.

Otra barrera vinculada al tema cultural y al trabajo con las redes de soporte sociales, es que generalmente los servicios de crecimiento y desarrollo y de suplementación buscan abordar a la madre de familia, tratando de sensibilizarla para lograr que ella haga uso de los servicios. Sin embargo, no incorporan la participación del padre de familia, siendo él, un factor decisivo para el uso o no uso del servicio. Por ello, los padres de familia deben ser integrados a la consejería y a las actividades de promoción de la salud.

“Mi hija enfermó de 4 meses, agarra fiebre, compré de botica, no calmaba así cuando tenía ella 8 años ya estaba gestando, me visitó enfermera y me dijo te vas a dar control, y le pregunté a mi esposo y me dijo que vaya. De allí vine para acá de allí empezó el control hasta que nace”.

Madre de familia 2 Nuevo Seasmé

Un elemento también importante es la desconfianza hacia los servicios de salud y los productos como vacunas y micronutrientes. En general, no se logra establecer un vínculo de confianza entre el personal de salud y la población, debido a una serie de factores como la alta rotación de personal, como ya ha sido señalado.

Las vacunas a niños y los suplementos con micronutrientes generan desconfianza entre la población; es usual oír entre los awajún que el Estado “quiere eliminar a los awajún” y que por esa razón ha enviado estos productos que ayudarán a esterilizarlos o que traen consecuencias que ayudarán a desaparecer a esta población.

“Otra barrera es la cultura, las creencias del seis seis seis, por la vacuna, o que queremos exterminar a su población, porque ellos son el pulmón del mundo, son ideas que ellos tienen.”
Coordinadora de inmunizaciones Red de Salud Condorcanqui

La desconfianza además se alimenta cuando se ha presentado alguna enfermedad que no ha podido ser resuelta en el establecimiento de salud, situación que contribuye a pensar que el establecimiento no brinda servicios efectivos.

⁴⁸En la jurisdicción se desarrollaron intervenciones anteriores, (Donación Japonesa) orientadas a mejorar la Consejería Nutricional; sin embargo, durante las visitas de campo, los entrevistados no han hecho referencia a estas intervenciones, ni se han encontrado materiales educativos provenientes de estas acciones. Ello puede deberse a elementos como la rotación de personal o al diseño mismo de la intervención y a sus criterios de sostenibilidad; para un mejor análisis se recomienda realizar evaluaciones específicas.

“Cuando viene acá en mi casa los mando a rodar varias veces, porque, varias veces he chocado con salud, por ejemplo, él (hijo) casi se ha fallecido, por mis amigos se ha salvado. Yo llevé al centro de salud, me dijeron que no se podía atender porque estaba asegurado, no había medicamento, y no había doctores especializados, me han rechazado, llévalo al hospital. (...). Mira no es por hablar, lo han malogrado acá (...) de ahí jamás nunca más me voy acercar al hospital”.

Padre de familia 2- Comunidad Hebrón

Se percibe también que el personal brinda el mismo tratamiento para distintas enfermedades, generalmente en el caso de los adultos. Es bastante común escuchar entre la población que en los establecimientos solo se brinda paracetamol e ibuprofeno y que éstos son medicamentos simples para enfermedades básicas. Esta percepción juega en detrimento de la confianza en los servicios y en la atención individualizada.

“Yo le he dicho un día al doctor a mí no me hace caso, paracetamol e ibuprofeno, yo quiero tomar dexametasona, ampolla diclofenaco⁴⁹, eso es mejor, está calmando mi cuerpo todo, el doctor no cambia, el doctor no quiere, a mí me da ibuprofeno y paracetamol, eso no más me ha dado”.

Madre de familia 1 - Comunidad de Hebrón

Por estas razones la población opta por acudir a las farmacias y comprar medicamentos, que considera más efectivos que los brindados en los establecimientos de salud.

“Cada 3 meses viene a Kigkis, arroz, azúcar, tiene gastos 5 hijos en el colegio, yo compro ropa, alimentación, medicina también si bebito enferma, compro en el puente (A 40 minutos por río), cuando está más enfermo, yo compro como sea la medicina, cuando tiene neumonía, mucho grave, neumonía yo compro”.

Madre de familia 1 - Comunidad Nativa de Kigkis

“Hay awajún que no cree en salud, es mentiroso; dice que salud no da como farmacia, la farmacia de particular más potencia tiene medicina que nos dan. Salud dice, nos dan afrechito y no nos curan”.

Apu de la Comunidad Hebrón

Una dimensión importante es la integración social del personal de salud a la vida local. Se evidencia que cuando el personal de los establecimientos de salud es proactivo y realiza visitas domiciliarias continuas, participa en faenas comunales, en juegos deportivos u otras actividades de sociabilización, se establece un vínculo de confianza que ayuda a tejer lazos más profundos entre el personal y la población. Sin embargo, no en todos los establecimientos de salud se crean estos vínculos, siendo la alta rotación uno de los factores que limita esta relación, aunque también se señala el desinterés del personal de salud, el temor a recibir negativas de parte de la población, el temor a mordeduras/picaduras de insectos o de serpientes y a la lejanía y alta dispersión de las comunidades.

El diálogo horizontal, el respeto a la cultura y la identificación con el otro, son factores que deben estar presentes en las acciones de sociabilización, pues sin ello no se logrará establecer la confianza requerida con la población indígena.

“Cuando llegué a Galilea, la población casi no llegaba al establecimiento, no llegaban a sus vacunas ni al control CRED. ¿Qué hice? Como no llegaban empecé a salir de casa en casa con mi mochila, balanza y medicamentos, los iba atendiendo de acuerdo a las necesidades que ellos tenían, los iba atendiendo, de manera que, con el tiempo, había algunas familias que me decían, enfermero ya no vengas, yo voy a ir al centro de salud, y así fueron viniendo”.

Responsable PAN- Red de Salud (Refiriéndose a cuando trabajaba en el ES Galilea)

La confianza y la aceptabilidad de los servicios, se construyen también mediante el establecimiento de relaciones con los Apus, a través de un diálogo horizontal, y de la ayuda

⁴⁹Es un corticosteroide, empleado para aliviar la inflamación (hinchazón, calor, enrojecimiento y dolor) y para tratar ciertas formas de artritis; entre otras afecciones.

mutua. 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.

“Antes faltaban sus puertos, no estaban arreglados de salud, ahora ya estamos más o menos están arreglando, la otra semana estoy terminando la escalera para que puedan utilizar parte ellos, ellos también cuando yo necesito cualquier documento algo para hacer fotocopiar, tipear ellos ayudan también, no tengo problemas, ellos también a mí me dan valores, yo también respeto para poder trabajar”.

Apu de la Comunidad Nativa Kigkis

Otro elemento fundamental para la aceptabilidad de los servicios es el trato que se brinda a la población indígena en los establecimientos de salud. Mostrar empatía, poniendo atención al problema que el paciente manifiesta, usar palabras que connoten respeto y solidaridad son algunas de las estrategias para la atención de calidad.

“Darle la mejor atención, llamarlo por su nombre, ver la comodidad del paciente, cada vez que voy administrar un medicamento le digo que yo quiero que me avise, si fuera una señora, una niña, tratarlo como si fuera un familiar.

Técnica de Enfermería ES Nuevo Seasmé

El asegurar la atención continua en los servicios de CRED, como vacunas y otros para niños, y el respeto a las citas, ayudan a que la madre tenga la confianza suficiente de que siempre será atendida y no generará temor de acudir al centro invirtiendo no solo tiempo, sino también recursos para no encontrar al personal de salud que debía atender a su niño.

“Lo dejan su citación, y las madres se van en salud fecha indicada mensual para que lo hagan control, pero a veces no le atienden, por ejemplo, a mi hijita ayer, no le atendieron”.

Padre de familia 2- Comunidad Hebrón

Un hallazgo fundamental, que aporta a esta actualización del Diagnóstico Social y que no fue abordada en el Diagnóstico inicial, ni en las recomendaciones del MEPI es que el concepto y práctica de prevención, de importancia central en la construcción sanitaria occidental, es ajeno a la cultura de la zona investigada. Por ello, el significado de los servicios de salud para la población, se circunscribe a su mera función asistencial (tratamiento de enfermedades). El no concebir la importancia de la prevención resulta ser un elemento clave y constituye una barrera que dificulta que los niños lleguen a sus controles de crecimiento y desarrollo, suplementación y otras atenciones preventivas con se ve claramente en palabras del Director de la Red Condorcanqui.

“Es un poco difícil de que aquí las comunidades por su cultura, no son de llegar para prevenir, acá llegan cuando están graves. A una gestante, por ejemplo, hay que ir a buscarla en su casa”.

Director de Red de Salud Condorcanqui

El factor religioso-espiritual también es una barrera central para acudir a los establecimientos de salud. Muchas de las enfermedades graves que atacan a la población, ya sea a adultos, jóvenes o niños se atribuyen a la brujería, por lo que la población afectada debe buscar únicamente la curación a través de curanderos tradicionales o “brujos”. En otros casos, los afectados pueden buscar primero una respuesta médica y si allí no se encuentra solución, se acude a los curanderos, pues se “confirma” que la causa de la enfermedad es el daño o brujería.

“Como dicen en mi pueblo hacen brujería, con eso me he enfermado, me daba dolor de barriga, no me calmaba ardía y quemaba (...) cuando acá en el centro de salud no puede, no te pasa, te dicen que es brujería, no calma con nada.

Poblador 1 - Comunidad Nativa Kigkis

Ciertos factores religiosos radicales contemporáneos influyen también en desmedro del acceso a la salud, pues se piensa, por ejemplo, que las vacunas están siendo empleadas como símbolo de “la bestia” o el “666”.

En la concepción indígena la enfermedad es el resultado no solo de factores biológicos o conductuales sino que responde a una causalidad múltiple la que incluye factores exógenos e incontrolables como el daño, la brujería y otros determinantes mágico-religiosos⁵⁰.

Utilización de los servicios de salud:

Las barreras de contacto se refieren a la interacción entre el proveedor del servicio o programa y el individuo o grupo usuario del mismo. Del primer contacto se definirá en gran parte el segundo contacto, la adherencia a los programas y el uso de los servicios o el abandono de ellos.

En relación al servicio de Crecimiento y Desarrollo:

El servicio de crecimiento y desarrollo (CRED), es el conjunto de actividades periódicas y sistemáticas desarrolladas por el profesional enfermero(a) o médico, con el objetivo de vigilar de manera adecuada y oportuna el crecimiento y desarrollo de la niña y el niño, detectar de manera precoz y oportuna riesgos, alteraciones o trastornos, así como la presencia de enfermedades, facilitando su diagnóstico e intervención oportuna disminuyendo deficiencias y discapacidades⁵¹.

El uso del servicio CRED está afectado por las barreras presentadas en las secciones anteriores. Se identifica que este servicio no genera resistencias, pues no contiene en sí mismo la ingesta de algún suplemento nutricional o la aplicación invasiva de algún producto.

Es importante señalar que, debido a la brecha de recursos humanos, la atención no puede realizarse en el tiempo establecido según la norma, que es de 45 minutos, por lo que la consejería se realiza en menor tiempo, así como la evaluación del desarrollo psicomotor, la que normalmente no se realiza de forma completa o no se hace.

Por su parte el Programa JUNTOS incide en el cumplimiento de los controles de crecimiento y desarrollo, pues es una de las condicionalidades establecidas para la permanencia en el Programa. Esto coadyuva al cumplimiento de los controles CRED.

Las barreras identificadas en el servicio CRED están más ligadas al aspecto organizacional, esto es a los horarios programados para el control, al mantenimiento de equipos, como el tallímetro y la balanza, y a la estandarización del personal de salud para la correcta medición antropométrica.

En relación a las barreras organizacionales, en este servicio, se encuentra que las madres son citadas al establecimiento de salud, pero, algunas veces, no se halla el personal del servicio y no se designa a otra persona que pueda realizar el control, lo que causa malestar y crea desconfianza.

Otra barrera es la relacionada a la programación de los controles del CRED, esto es que, si las madres tienen más de un hijo, son citadas en diferentes fechas, por lo que tendrían que acudir dos veces al mes al establecimiento, generando pérdida de tiempo y dinero para las familias. Esto ocurre generalmente en comunidades cuya jurisdicción está adscrita a establecimientos ubicados en ciudades principales o entre las familias que habitan cerca al establecimiento de salud, las que se asume que por su mayor cercanía pueden asistir repetidas veces al establecimiento de salud.

“A veces hay dos niños, pueden programar un solo día, programan dos días, entonces, ahí no se van acudir en salud, no se hacen control de peso y talla (...) si tiene tres cuatro hijos uno solo puede ser, porque la madre no puede gastar 10 soles en pasaje, un día y otra semana otro día, y otra semana otro día, eso problema también hay problemas con la madre”.
Apu Comunidad Nativa Hebrón

⁵⁰Levi-Strauss, Claude. 1997. El pensamiento salvaje: la ciencia de lo concreto. FCE: México.

⁵¹ Norma Técnica de Salud para el Control de Crecimiento y Desarrollo de la niña y niño menor de cinco años. R.M. – Nº 990 - 2010/MINSA

Se recalca que el servicio de CRED incluye la consejería nutricional, cuando se identifica que el niño no está creciendo adecuadamente, por lo que en estos casos en la consulta se incluye también la evaluación de prácticas claves de nutrición y crianza.

Las barreras relacionadas a la consejería se abordan en el acápite siguiente, referido a los suplementos de hierro.

En relación a los suplementos de hierro:

La utilidad de los suplementos de hierro no está muy clara entre la población, ello debido a que no se ha generado una conciencia y conocimiento sobre la anemia, sus consecuencias y causas y el rol de los micronutrientes (MMN) para contrarrestarla. Pero no solo se trata de un problema de comunicación, sino de modelo mental; en las culturas tradicionales no existe el concepto de prevención y la salud y enfermedad son categorías excluyentes. Por ello, si la vitamina o los MMN son concebidos como medicamentos, no tiene sentido administrarlos a los niños sanos.

Asimismo, en los mensajes empleados por el programa se mencionan nutrientes como vitaminas y minerales que no son del todo comprendidos por la población. No se los ubica o compara con alimentos valorados por ellos, por lo que el producto no se posiciona.

La utilidad y contenido de los micronutrientes no queda del todo clara, por lo que el contenido nutricional de los suplementos, es comparada con alimentos locales como frutas, que si bien es cierto contienen vitaminas, no representarían del todo al contenido nutricional de los MMN.

Ello evidencia la necesidad de fortalecer los mensajes de contenido nutricional, así como posicionar al MMN como alimento y no como medicina y realizar equivalencias del contenido nutricional con los alimentos locales explorando cuales son los alimentos que son considerados como de alto valor nutricional por la población local.

“Si le dan, pero me contaron eso lo que dicen que cuando le damos esas chispitas, le saca granitos, por eso no quisieron darles chispitas, yo no le doy, le doy ese aguaje, papaya, lo que es de vitamina, eso no más yo le doy a mi hijo. (...) Hay unas hojas para comer eso con chonta, saco suri y con eso mezclo”.

Madre de familia 3- Comunidad Nativa de Kigkis

En contextos como los de Nieva, donde las familias no preparan comidas diferentes para menores de un año, sino que le brindan alimentos disponibles de la olla familiar y donde no se establecen momentos especiales para la alimentación del niño o no se destina mucho tiempo a esto, la practicidad es un elemento importante. Por ello, es habitual que las madres prefieran los jarabes de sulfato ferroso, en lugar de los MMN.

“Cuando era jarabe, agarra y lo toma, ella si solita tomaba. Yo prefiero jarabe, más fácil dar, cuando no quiere le doy, a la comida no, como voy a dar a la comida cuando está preparada, porque huele, no, queremos dar así no más”

Madre de familia 3- Comunidad Nativa Kigkis

La ventaja que representa brindar el sulfato ferroso, es que no requiere ser mezclado con alimentos, además de que, si el niño no desea consumirlo, simplemente se administra con un poco de esfuerzo e insistencia, no así el MMN que, de rechazarlo el niño, supone rechazar también todo el resto de la comida. Adicionalmente, el jarabe se percibe como más efectivo en relación al MMN.

“Antes no había problema, el jarabe me recibe el jarabe es más fácil, a ellos les hace más fácil levantarse y darles el jarabe, administrarles todos los días, en chispitas, se les ha metido esa idea, que no es como un jarabe, que no hay resultado”.

Enfermero awajún- Hospital de Nieva

La preferencia del sulfato ferroso, puede deberse también al imaginario social que relaciona los jarabes o pastillas al contenido de vitaminas y no así a la presentación de vitaminas en polvo.

“Al principio cuando nos dieron sea bueno o no, lo veía negrito, le decía a la enfermera se ve raro, ella me decía, que sí, que tienen bastantes vitaminas, o como veía que, si lo comía, yo le preguntaba”.

Madre de familia 1- Centro Poblado Nuevo Seasme

Además de ello, las madres suelen señalar que las vitaminas no se comparan con las plantas naturales que se emplean para el tratamiento de enfermedades.

“No va a dar anemia, por eso, a veces cuando una señora está con anemia, hay unas hojas, para la anemia. (¿Qué dice el personal de salud de esas hojas?): No explicamos a ellos.”

Madre de familia- Comunidad Nativa Kigkis

La disponibilidad de alimentos preparados sólidos o semisólidos es limitada en las comunidades nativas, lo que significa que no necesariamente hay disponibilidad de alimentos para la preparación de los MMN. Generalmente los niños reciben alimentos como yuca sancochada, plátano sancochado, pescado, pero no necesariamente se come en un plato, sino que puede mantenerlo en su mano y consumirlo directamente sin uso de cubiertos, práctica diferente a la que se necesitaría si se preparan los MMN, que requerirían ser brindados en un plato, con un cubierto y por alguna persona encargada de dar de comer al menor.

Además, las reacciones adversas a los micronutrientes también originan barreras en el uso, entre ellas se identifica el estreñimiento.

“Algunas dicen. Esas no son vitaminas, ellas nos mienten en el puesto de salud, cuando les damos les estríñe, eso es malo”.

Madre de familia 2- Nuevo Seasme

De otra parte, el personal de salud, especialmente de la Red de Salud, muestra una gran preocupación debido a la alta prevalencia de parasitosis en la zona, por lo que manifiesta que desde el Ministerio de Salud se debe establecer una política clara para zonas con estas características que integre el tratamiento de la parasitosis con la suplementación.

La inadecuada preparación de los MMN desvirtúa el consumo, debido a que se alteran las características organolépticas de la preparación, es por ello que los niños rechazan el micronutriente y no consumen el resto de preparación, que contiene MMN. Esto hace que las madres no quieran seguir dándole los suplementos.

“Pero ahora cuando es de sobre, no me gusta dar así, a veces en la comida, no había dado a mi hijo, le he probado y olía y no quería comer”.

Madre de familia 3- Comunidad Nativa de Kigkis

Parte de estas barreras responden a desinformación entre las madres con respecto a los MMN; lo que implica mejorar los contenidos y conceptos brindados en la consejería para el consumo de micronutrientes. La consejería no solo está afectada por el idioma, sino también por el desconocimiento del personal de salud con respecto no solo a los alimentos disponibles en la zona sino de forma más profunda a los conceptos nativos de salud y enfermedad. El que el prestador de salud no conozca el idioma local (awajún) dificulta que las madres comprendan las recomendaciones de preparación, así como los efectos probables de los MMN. Sin embargo, para lograr la comprensión del mensaje, es necesario que el personal de salud conozca las categorías manejadas por la población local y los alimentos existentes en la zona que contienen hierro o vitamina A. Se observa que este conocimiento es limitado, pues el personal de salud conoce únicamente los alimentos tradicionales, como son el aguaje, poma rosa, camu camu y en cuanto a los alimentos de origen animal, se conocen solo el sajino, majaz y algunos pescados.

Otros alimentos son poco conocidos y la población refiere que el personal de salud no explora otros tipos de alimentos disponibles en las comunidades, como hortalizas locales, frutas, legumbres y alimentos de origen animal.

“Acá el bocanegra no más crece acá, eso no dice en el puesto de salud eso no nos cuenta. No nos explican de eso por eso no sembramos, si nos explicara de eso, podemos sembrar”.

Madre de familia 3- Comunidad Nativa de Kigkis

Esto hace que durante la consejería no se puedan hacer recomendaciones empleando ejemplos locales, sino los aplicables a otras realidades. Asimismo, debido a la barrera idiomática, no es posible brindar una consejería más asertiva. Muchas veces cuando el personal de salud pregunta a la madre si se está consumiendo el micronutriente, las madres responden afirmativamente, aun cuando en realidad no se los brindan a los niños. Esto evidencia tanto falta de confianza, como verticalidad en la relación al momento de la consejería.

(Cuando te preguntan en el centro si tu niño consume las chispitas): “Sí, le digo, no le cuento”.

Madre de familia 3- Comunidad Nativa Kigkis

Es evidente que la barrera idiomática produce poco entendimiento, sin embargo, también existen otras barreras actitudinales que se deben tener en cuenta como lo demuestra la cita siguiente. Por lo que, lograr una comunicación real es un reto pendiente.

“Yo le hablo en idioma y ellas me responden en castellano, conversamos así, las dos cosas, acá la colega sí explica, cómo tiene que darle los micronutrientes, a veces la mamá como que no toma interés, están pensando en otra cosa y están sentadas”.

Enfermero awajún- Hospital de Nieva.

En general no existen materiales educativos adaptados a la zona. No se pudo encontrar los materiales elaborados por la donación japonesa hace unos años. Incluso el personal local del MEF desconocía estos materiales o “cajas de herramientas”. Se observa que los materiales usados en la consejería contienen figuras de alimentos de la Costa y no incorporan alimentos locales, por lo que no generan identificación de parte del público objetivo. Únicamente se encontró que en algunos establecimientos se emplean materiales en awajún, que han sido elaborados por una ONG.

“Cuando vamos a las sesiones demostrativas usamos el tríptico en awajún, muchas veces en las comunidades debe ser con comida de la zona, los materiales no son así”.

Lic. Enfermería - Centro Poblado Nuevo Seasmé

Otra barrera identificada es que se piensa que los MMN son sustancias que podrían ocasionar algún tipo de daño a los niños, pues se dice que cuando han sido dados a las hormigas o peces, éstos se mueren. Por ello, es que las mujeres lo reciben, pero no lo utilizan, algunas lo almacenan mientras que otras lo botan. Estos rumores se han extendido por toda la provincia de Nieva, inclusive en las comunidades aledañas se escucha este tipo de declaraciones.

“Ellos me contaron una vez que la masa la preparan con yuca, y lo botan al río y el pescado lo traga y se muere, el bebé también puede morir así, por eso no lo utilizan más bien, lo botan”.

Padre de familia 1- Comunidad Nativa Hebrón

De otra parte, las recomendaciones alimentarias para mejorar la nutrición de los niños, resultan poco aplicables, porque no existen posibilidades de ponerlas en práctica.

“El tema es que la alimentación ellos de donde lo obtienen, mientras no se mejore la parte agrícola, vamos a continuar con ese indicador (...) nos hemos centrado en la consejería y nos hemos olvidado del alimento”.

Técnico de enfermería Nuevo Seasmé

En las comunidades de Nieva, se evidencia una disminución de la disponibilidad de peces en los ríos, así como de animales del monte, lo que se traduce en un menor consumo de

alimentos de origen animal, tanto en frecuencia como en tamaño de las porciones. La crianza de animales menores es usual entre algunas familias, aunque se crían en pequeñas cantidades. Por tanto, la alimentación está basada principalmente en carbohidratos provenientes de la yuca y el plátano.

“Acá hay poca crianza de animales, yo si crío, porque a veces necesito para mis hijos, vendo acá a los restaurantes o voy a Nieva”.

Madre de familia 1- Centro Poblado Nuevo Seasmé

Además de esto, en las comunidades no existe la costumbre instalada de sembrar y realizar otras labores agrícolas, por tanto, no es habitual la siembra de cultivos como maíz, frijoles, entre otros, que son aptos para la zona.

“Siempre en las comunidades hemos estado acostumbrados al bosque, porque el bosque te mantenía, pero ahora ya ha amenorado los recursos y ahora es más duro la agricultura”

Alcalde del Centro Poblado Nuevo Seasmé

Recientemente, las comunidades están produciendo cacao como cultivo comercial, y están adaptándose a las labores agrícolas que ello supone.

“Trabajo también en la parte de agricultura, sus proyectos productivos, porque tierra hay sino que no tienen el conocimiento adecuado para hacer producir esas tierras”.

Responsable inmunizaciones- Red de Salud Condorcanqui

Como parte de las estrategias para mejorar la alimentación se vienen realizando sesiones demostrativas principalmente en las cabeceras de Micro Redes. En ellas se ha identificado la necesidad de no solo abordar aspectos como la mezcla de alimentos y tamaño de las porciones; sino que se integre la preparación de alimentos.

“Una vez esos doctores que estaban acá, hicieron enseñar acá la preparación de comida, de allí ya no ha vuelto, eso también deben hacer, porque mis paisanos, la mayoría casi no son, comidas balanceadas.

Poblador - Comunidad Nativa Hebrón

Otra estrategia importante para la mejora de la alimentación, además de incentivar y monitorear el consumo de micronutrientes, es la visita domiciliaria, la que ha sido sugerida por las madres y padres de familia durante las entrevistas. Se reconoce que las visitas promoverían el consumo, además de motivar la higiene en los hogares.

“Yo digo de repente la agente comunitaria deben ir a esas casas y dar charlas, hacerles reflexionar”.

Madre de familia 1- Nuevo Seasmé

Concluyendo, la aceptación y uso de los MMN está limitada por los hábitos alimenticios, su dificultad de administración, pero también por pertenecer a una categoría o modelo mental que no se corresponde al constructo indígena sobre salud-enfermedad. En tanto se persiste en mejorar la consejería nutricional es también indispensable que el personal de salud conozca las categorías y modelos de salud-enfermedad awajún y valore y promueva el cultivo y uso de los alimentos locales con mayor valor nutricional.

En relación a las vacunas:

Los establecimientos de salud cuentan con cadena de frío; en 2013 se adquirieron cadenas fotovoltaicas para aquellos que no tenían energía eléctrica, especialmente para los puestos de salud I-1. Con esto, se ha mejorado la disponibilidad de vacunas, pues a partir de ello, se las viene distribuyendo en forma mensual desde la Red hacia estos establecimientos. De esta manera, se trata de garantizar la disponibilidad continua de las mismas.

Si bien es cierto, y este es un punto fundamental, que, para una cobertura efectiva de vacunas, se debe asegurar la disponibilidad de las mismas, ello solo no basta, sino que se debe garantizar la aplicación de la vacuna a los niños. En ese sentido, se han identificado una serie de barreras que limitan la cobertura de las vacunas.

Uno de los elementos claves es la percepción sobre las vacunas: éstas no son percibidas en sí mismas como medicamentos, ni vitaminas, por lo que gran parte de la población no encuentra el beneficio de su uso. Se cree que, de aplicarse una vacuna, los niños no tendrían por qué presentar enfermedad alguna. Ello responde a un patrón cognitivo dual frecuente en poblaciones indígenas que percibe la salud y la enfermedad como categorías opuestas y excluyentes, como hemos señalado. Si el niño presenta alguna reacción normal frente a la vacuna se piensa que esta lo enfermó. La percepción sobre la vacuna encaja dentro de la lógica común de falta de una cultura de la prevención a la que nos referimos anteriormente. Por tanto, no tiene sentido “tomar vitaminas” (medicina) si no están enfermos⁵².

Además, si se le ha aplicado alguna vacuna al niño y luego de esto se enferma, los pobladores “comprueban” que la vacuna no ha cumplido su efecto de protección frente a todas las enfermedades. Esto puede deberse a que se cree que la vacuna evitará todo tipo de enfermedades, y a la falta de entendimiento sobre sus posibles efectos secundarios. Todo esto evidencia la necesidad de mejorar el abordaje intercultural y los aspectos comunicacionales, en relación al beneficio de las vacunas. Así también, se resalta las interrogantes de las madres, con respecto a porqué se aplican varias vacunas en un solo control a los niños;

“Las mamás dicen cuando vacuna también se enferman, cuando llevamos en salud dicen tu hijito no se va a enfermar, no le va dar gripe y las mamás le vacuna así, pero eso no es, cuando lleva luego a los 5 días, agarra gripe, casi lo mata y ellas piensan la vacuna no vale”.

Madre de familia- Comunidad Nativa de Kigkis

La vacuna y los micro-nutrientes son concebidas como medicinas poco efectivas, pues se asocian sus efectos secundarios a que el niño presentará molestias y se enfermará, no podrá caminar o llorará mucho, por lo que la madre tendrá que destinar tiempo a atenderlo, descuidando sus actividades cotidianas. Esto genera miedo en la madre, especialmente si el niño es muy pequeño.

“Su vacuna todavía no he pensado, yo tengo miedo a las vacunas, aquí viene el centro de salud a primaria, hace control de gestantes”.

Madre de familia- Comunidad Nativa Hebrón

Efectivamente, las molestias inmediatas, podrían evitarse si recibieran una mejor orientación para cuidados inmediatos después de la vacuna, como por ejemplo la no exposición al sol, o el consumo de medicina (como paracetamol), si presentara fiebre. Sin embargo, estas explicaciones no se brindan, por lo que las madres no realizan estos cuidados.

“Depende de madre, ahora yo ya entendí, cuando vacunas el doctor dice no saques en sol, tampoco hagues andar, tampoco no lo bañes en agua fría, ni tampoco que juegue, pero antes de la vacuna les dan jarabe de Ibuprofeno, pero uno que no grabo explicación en su mente no le da”.

Pastor evangélico- Comunidad Nativa Hebrón

La aplicación de vacunas se asocia también a daños de mediano y largo plazo, como son que el niño tardará en caminar, hablar o a que el niño quede muy débil, que puede producir alguna alteración cognitiva o que va a cambiar la orientación sexual de los niños y niñas.

“Cuando te recibes vacunas no va a caminar rapidito, se quedan allí, no más. Por eso no quiere llevar, se atrasa dice”.

Madre de familia 2- Nuevo Seasmé

“Nuestra petición es que sea varias charlas al pueblo awajún, explicando en forma detallada y para que sean seguros vacunarlos para que gestantes acudan a puesto de salud, si no va

⁵² Arias, Rosario. (2009). “Entre la Protección y el Daño: el sentido de la vacuna”. USAID-REDESS Jóvenes, Lima.

seguir igualito, además dice, como te vuelvo a repetir, porque no vacuna primero doctor a su hijo, no vacuna porque vacuna es malo, por ejemplo, corta la inteligencia, hace que sean homosexuales”.

Asuntos Indígenas- Municipalidad Provincial de Condorcanqui

En escenarios, donde la mujer realiza tareas fuera del hogar, debe ir a la chacra para recoger sus alimentos y cultivos, no se puede permitir que los niños enfermen, pues esto retrasaría las labores del hogar y se quedarían sin alimentos.

Otros pobladores piensan que las vacunas lejos de sanarlos, producen el efecto contrario y son empleadas para enfermarlos o generar algún tipo de daño, pues aducen que el Estado, quiere exterminar a la población awajún, pues ellos son el pulmón del mundo o aducen que al Estado no le interesa proteger a las comunidades indígenas. Estas expresiones dejan en claro, no solo la desconfianza hacia los establecimientos de salud, sino al Estado en sí mismo y a su rol frente a las comunidades nativas.

Es por ello que, muchas familias niegan drásticamente la aplicación de las vacunas a sus niños. En el mejor de los casos, cuando las madres permiten que se vacunen a sus hijos, lo más difícil de lograr es que se cumpla con el esquema completo de vacunación.

Es habitual también que los pobladores cuestionen el uso de la vacuna y mencionen que antes solamente empleaban plantas de la zona para sanar de ciertas enfermedades, cuestionando la razón de porque actualmente deben ser empleadas las vacunas.

“Ellos creen también las plantas naturales, piri piri, jengibre, por eso a veces no aceptan las vacunas, las mamás ya saben la fiebre, la reacción, no quieren”.

Lic. Enfermería CS Nuevo Seasmé

“Mis abuelos, mis tías, ellos no tenían vacunas, no tenían medicinas, pero ellos si tenían plantas medicinales, para tifoidea si usaron, para anemia si usaron, para amebas si usaron, para bichos, pero no usaron medicamentos”.

Pastor evangélico- Comunidad Nativa de Hebrón

Otras barreras son las religiosas, pues las vacunas se asocian al símbolo del “666”, se piensa que, al colocar las vacunas a los niños, aparecerá ésta u otra marca en la cabeza.

“Ellos decían cuando ponen la vacuna van a salir en su cabeza 666”.

Padre de familia- Comunidad Nativa Hebrón

Se señala también que el Programa JUNTOS ayuda a que las madres acudan al servicio CRED, pues esta es una de las condicionalidades para que continúen recibiendo el incentivo económico, no así para el caso de las vacunas, pues no forman parte de los requisitos de permanencia del programa, por lo que no se puede obligar a la madre, a su cumplimiento. Con respecto a esto, el sector Salud manifiesta que Salud y JUNTOS deben hablar el mismo lenguaje, en el sentido de que JUNTOS también empiece a incidir sobre la importancia de las vacunas.

En efecto, la Resolución de Dirección Ejecutiva N° 066-2016/MIDIS-PNDAP-DE, señala como cumplimiento de corresponsabilidades en los hogares, el que todos sus miembros que son población objetivo acceden oportunamente a los servicios de salud o educación, de acuerdo a su ciclo de vida. Para el grupo objetivo “niños”, se establece como corresponsabilidad el ser llevado al establecimiento de salud por los padres o cuidadores para el control del CRED, según las normas y protocolos del sector, dando prioridad a los recién nacidos y niños hasta los 36 meses. De ello, se evidencia que la corresponsabilidad recae en CRED, mas no en el cumplimiento de las inmunizaciones.

En relación al monitoreo social, es claro que, aunque pretende ayudar a mejorar las coberturas de vacunas, las barreras que existen en cuanto al servicio, no permiten que esto sea posible.

Ante toda esta situación, se reconoce que hace falta información continua y programada hacia la población, no solamente durante la atención dentro del establecimiento, sino que esto amerita una educación a nivel comunal y acciones educativas permanentes. La falta de información en sí misma, es una condición de trato inadecuado a la población.

“Las comunidades depende de trabajar bastante, explicarles, sobre todo las comunidades le tienen miedo de las reacciones adversas, eso es, hasta ahorita, acá también se ve esto”.

Enfermero awajún- Hospital de Nieva

Concluyendo, las vacunas son un reto de adecuación intercultural aún más difícil que los MMN, por sus efectos secundarios, la necesidad de dosis completas y su efecto limitado en prevenir todas las enfermedades, así como por no poder asociarse ni a la categoría de alimento ni de medicamento. Por ello, su aceptación supone un trabajo continuo y complejo por parte no solo de los servicios de salud, sino también de todos los programas que operan en la zona, en especial de JUNTOS.

En relación al Seguro Integral de Salud (SIS):

Las barreras de acceso al SIS también se engarzan con las barreras presentadas en el tema de disponibilidad y accesibilidad a los servicios de salud, sin embargo, a continuación, se identifican otras que son propias del acceso al SIS.

Una de las principales barreras para acceder al SIS era el no contar con DNI, lo que ha sido superado con la normativa reciente que permite el acceso temporal al SIS sin contar con DNI⁵³, durante los primeros 45 días de vida de nacido. Se debe señalar también que, estas constituyen afiliaciones temporales, que luego deben completarse cuando el niño obtenga su DNI. Si bien, esto coadyuva a mejorar el acceso a las atenciones en salud, ha quedado en el imaginario, tanto de la población como del personal de salud, que es necesario el DNI para acceder al SIS.

Frente a ello, la asistencia técnica del MEF al monitoreo social ha cumplido un rol fundamental, 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.

Con todo ello, se han incrementado las afiliaciones, por ejemplo, en menores de 3 años, se evidencia un aumento en el porcentaje de afiliación del 19% y una reducción del 10% de niños que no tienen SIS.

**CUADRO 34. Cierre de brechas en Condorcanqui:
menores de 3 años con afiliación SIS**

DESCRIPCIÓN	2014	2015	VARIACIÓN
afiliados al SIS	4,852	5,796	19.46%
sin afiliación al SIS	1,431	1,291	-9.78%

Fuente: Revista Institucional de la Municipalidad Provincial de Condorcanqui. Julio 2016
Elaboración propia

Las afiliaciones al SIS se hacen desde cualquier establecimiento de salud, para lo cual, se requiere que el establecimiento cuente con teléfono o radio para llamar a un punto de digitación que pueda realizar las afiliaciones e ingresar los datos requeridos.

⁵³ D.L. N° 1164. Decreto Legislativo que establece disposiciones para la extensión de la cobertura poblacional del Seguro Integral de Salud en materia de afiliación al Régimen de Financiamiento Subsidiado. El artículo 5° establece la afiliación temporal de personas no inscritas en RENIEC, donde se incluyen las comunidades indígenas. Decreto Promulgado en diciembre de 2013.

Respecto a estos puntos de digitación, cabe señalar que con motivo de los convenios FED y Convenio Belga⁵⁴, EUROPAN, se han incrementado estos puntos, con lo que ya no se hacen las digitaciones solo en la Red de Salud, ahora se hacen en cada una de las Micro Redes, lo que facilita la corrección y el levantamiento de las observaciones como se evidencia en la cita siguiente:

“Tenemos el equipo de digitación, eso ha mejorado, el sistema de información. Los convenios han apoyado para ampliar estas estrategias, con el convenio FED, el belga, el EUROPAN, que ya no está. Éstos nos han fortalecido mucho”.

Director Red de Salud Condorcanqui

Así también se brinda combustible⁵⁵ para facilitar el envío de las fichas de afiliación de manera semanal a la Red de Salud, allí se realiza la verificación de fichas y se devuelven las que estuvieran erradas. Esto puede retrasarse, dependiendo de la frecuencia de la movilidad en la zona.

Estas mejoras en el sistema, han permitido también que se sincere la información de coberturas de atención, pues se ha fortalecido el sistema de información con los respectivos puntos de digitación, llenado de fichas únicas de atención (FUAS) del SIS⁵⁶, así como el leve incremento del personal de salud. Con ello, se ha visto el sinceramiento de información, como por ejemplo en indicadores como CRED del 3% en el año 2013 al 29% hasta agosto de 2016.

El monitoreo realizado por la Red que prioriza fundamentalmente estos procesos, han contribuido también a sincerar la información del SIS.

“Nosotros, la estrategia que tenemos es que hacemos el monitoreo, por parte como Red a los establecimientos de salud, llevando herramientas a los puestos de salud, de todas las FUAS que se deben llenar, a los códigos, y esto refleja en los indicadores, en el registro. La constante, con promoción de la salud, promoviendo las diferentes estrategias”.

Director de la Red de Salud Condorcanqui

Por otro lado, se vienen realizando campañas de afiliación en las comunidades nativas, en conjunto con las actividades, a propósito del monitoreo social y las asambleas descentralizadas, para afiliar a más personas.

En tanto, el reto en sí mismo, no es la afiliación, sino que se logre el uso de los servicios, pues se observa que pese a contar con afiliaciones, algunas familias no los usan.

Entre las barreras encontradas para que la madre acceda al SIS, está que estas asumen que una vez que tengan el SIS, están en la obligación de vacunar a sus niños, así como de realizar sus controles. Esto evidencia que las barreras al SIS están profundamente ligadas a la aceptación o al rechazo de los servicios de salud.

“Ellos no quieren que se les vacune, no quieren asistir a control, ellos tienen sus plantas, entonces no los ven. Para nosotros es una lucha, incluso con un paciente que está en un estado de emergencia, tengo que ir a convencer hablar con las autoridades”.

Responsable SIS- Red de Salud Condorcanqui

Otra barrera es la percepción de la poca relación entre el acceso al servicio de salud y la obtención del seguro, pues entre las madres que no acceden al servicio de salud, o no les parezca útil el llevar a sus niños al establecimiento de salud; no resulta imprescindible la afiliación al SIS.

⁵⁴ CONVENIO BELGA: Programa de Apoyo a la Política de Aseguramiento Universal en Salud en el Perú – Componente de Apoyo Presupuestal - SISFIN

⁵⁵ En el clasificador de gastos (MEF) se ha previsto la adquisición de combustible para el consumo de maquinarias, equipos y vehículos de producción, servicios productivos y de transporte y otros usos.

⁵⁶ FUA: Formato único de atención, que se registra al hacer una atención a un asegurado SIS.

Todo ello evidencia que la mayor barrera para la afiliación al SIS es el rechazo al uso del servicio de salud entre muchas de las madres. Sin embargo, es importante señalar que a pesar de esta barrera se ha venido registrando un incremento de la afiliación en la zona.

7.5. Análisis de los factores que afectan el acceso a la identidad⁵⁷

Contexto de la oferta:

Los servicios de acceso a la identidad en Santa María de Nieva están dados por ofertas fijas e itinerantes. Entre las fijas, se encuentra la Agencia de Base RENIEC, que forma parte de la Gerencia de Operaciones Registrales (GOR) de la RENIEC. Está instalada en la capital del distrito, que coincide con la capital de la provincia de Condorcanqui- Amazonas. Asimismo, se encuentra la Oficina Registral Auxiliar (ORA), la cual ha sido instalada dentro del Hospital Santa María de Nieva.

Actualmente existen tres Oficinas Registrales Auxiliares (ORA) ubicadas en los tres distritos de la provincia de Condorcanqui: en el distrito de Nieva en el Hospital Santa María de Nieva, en distrito de Río Santiago en el Centro de Salud Galilea y en el distrito de Cenepa, en el Centro de Salud Huampami.

Las ORA tienen como propósito que la población que vive en condiciones de pobreza, acceda sin costo alguno a inscripciones de nacimientos y defunciones ocurridos en el establecimiento de salud. Con ello, se espera contribuir a mejorar el acceso a la identidad y reducir los tiempos de espera de los trámites, pues se estima que en 20 días los recién nacidos en dichos establecimientos pueden obtener su DNI.

La oferta itinerante se brinda a través de la Gerencia de Restitución de la Identidad y Apoyo Social (GRIAS), sede Condorcanqui, la cual realiza actividades itinerantes en las comunidades nativas, a fin de prevenir y atender los problemas de indocumentación en la población vulnerable. La GRIAS realiza campañas gratuitas de documentación en las comunidades nativas, priorizando a las que se encuentran en las zonas más alejadas de Condorcanqui. Por ello, las campañas que duran en promedio 15 días, permiten atender a varias comunidades ubicadas a lo largo de las diferentes cuencas.

En estas campañas se realizan inscripciones, tomas de fotografía y todo tipo de trámite para obtener o rectificar el documento nacional de identidad. Esto requiere el desplazamiento de recursos humanos, así como de equipos que permitan realizar todas estas acciones. El equipo está conformado por 7 personas, 2 de los cuales son awajún y constituyen un gran soporte para el proceso de inscripción y sensibilización, especialmente por el manejo del idioma local.

De otra parte, 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 civiles⁵⁸, quienes son elegidos por sus comunidades. Los registradores civiles se encargan de emitir actas de nacimiento, inscripciones para rectificaciones, inscripciones de personas adultas en el acta matriz, entre otros procedimientos registrales. Los registradores tienen a cargo varias “comunidades anexas” que se encuentran a gran distancia⁵⁹ del centro de la comunidad (por río, carretera o por caminos de trocha).

En este proceso, las OREC 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 sacar el documento de identidad, como por ejemplo las actas de nacimiento. Es decir, los registradores civiles cumplen un rol fundamental en la obtención de los documentos necesarios para los trámites registrales, de tal manera que cuando se realizan las campañas itinerantes ya se cuenta

⁵⁷ Esta sección corresponde al punto 6.5 del TDR.

⁵⁸ Según normativa, las comunidades tituladas pueden solicitar la creación de una OREC.

⁵⁹ Distancias que pueden llegar inclusive a 12 horas de camino o más, según se ha recogido en el trabajo de campo.

con la documentación requerida. Sin la labor de los registradores civiles, tomaría más tiempo la obtención del DNI o esta se haría mucho más engorrosa.

Esta multiplicidad de ofertas en relación al servicio de identidad está favoreciendo el cierre de brechas de identidad, especialmente en niños. A esto se le suma, la articulación e involucramiento, dinamizado por el Monitoreo Social, que ha impulsado la sensibilización y facilitado la identificación de personas indocumentadas.

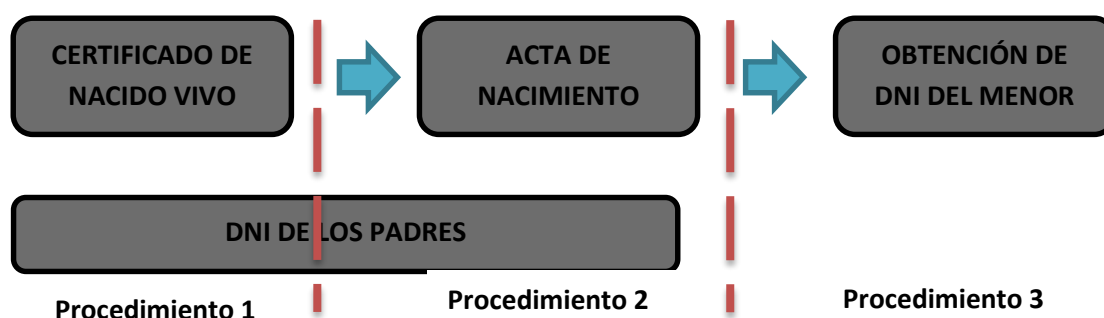
En los últimos meses se ha avanzado mucho gracias a la oferta itinerante, sin embargo, aún quedan brechas por superarse, las que están relacionadas a las barreras de acceso a la identidad.

CUADRO 35. Avance en el acceso a DNI en menores de 1 año del distrito de Nieva

	NOV. 2015	DIC. 2015	ENE. 2016	FEB. 2016	MAR. 2016	ABR. 2016	MAY. 2016	JUN. 2016	JUL. 2016	AGO. 2016	SET. 2016	OCT. 2016
SIN DNI	342	287	213	250	213	193	199	180	195	165	178	184

Fuente: Revista Institucional. Municipalidad Provincial de Condorcanqui. Julio 2016.
Elaboración propia

Para comprender las barreras de acceso a la identidad, es necesario conocer los procedimientos y requisitos relevantes para la obtención del DNI en menores de edad:



Elaboración propia

Si bien es cierto, dentro de los tres procedimientos se encuentran ciertas barreras que dificultan la obtención del DNI, se identifica como principal barrera la percepción de la utilidad del DNI y el propósito del mismo. Esto interviene e influye en todo el proceso y en la motivación para que los padres obtengan el documento de identidad para sus hijos. Entre los factores explicativos, 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.

“Algunas sectas religiosas, no permitían, nos invitaban a que nos retiremos, ahora no te invitan a retirarte, ahora te dicen no, no quiero. En algunos lugares todavía. Con educación, con los gestores, con salud, se ha sensibilizado, ahora ya están aceptando, es un proceso, (...) cambiarle la mentalidad a un lugareño con sus costumbres, con sus propias ideologías, es un poco difícil”.

Funcionario GRIAS- RENIEC de Santa María de Nieva.

Esto concuerda con lo identificado en el Plan Nacional Perú contra la Indocumentación 2011-2015 de la RENIEC, en el que se señala textualmente que *“el principal problema para ejercer el derecho a la identidad en el Perú es su escaso reconocimiento y valoración como derecho fundamental y como llave para el acceso a la vida social, política y económica en el país”.*

Otros factores que explican esto, son el limitado acceso a servicios de salud y al SIS, dado que las familias que no acuden a estos servicios por diferentes razones, no ven necesario obtener el documento de identidad. Existe más bien la “costumbre” de obtener el DNI de sus hijos solo cuando empiezan asistir a la escuela, debido a que no lo utilizan durante los primeros años de vida.

“El tema de la identidad, es una tarea de todos, primero es sensibilizarlos, porque tú no sensibilizas, en la zona de los awajún y wampis, es de cuando ellos van a la escuela, a la inicial, recién inscriben a sus hijos”.

Funcionario GRIAS- RENIEC de Santa María de Nieva.

Esto evidencia una gran desinformación y resistencias culturales entre la población, que pueden ser abordadas con información oportuna y consejería.

Es importante señalar también 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 y 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.

“El año pasado tuvimos una reunión, decían que la madre awajún se esconde, en lo que es su beneficio no se esconde, saben que van a recibir ahí, que se vaya el programa JUNTOS le invitan a reunión ahí van a salir. En el campo a veces se esconden cuando viene el centro de salud, muchas veces dicen que la vacuna le hace daño al niño, que la madre no quiere dar parto, no los llevan a sus controles, pero cuando se trata de beneficios económicos ahí están todos, y te explican el motivo porque no quieren asistir”.

Registrador civil- Nuevo Seasmé, Santa María de Nieva.

La resistencia al acceso al DNI y a la vacunación es palpable en la cita siguiente:

“No le he llevado a sacar su DNI, ni a sus vacunas, porque yo quería solo por él (hijo mayor), mi esposo solo quería por un hijo y no quería que lo lleve a sus vacunas” (A esta madre la retiraron del Programa, porque no quería inscribir a su segundo hijo nacido hace 8 meses).

Madre de familia 2- Comunidad de Kigkís

Barreras Culturales:

Una de las primeras barreras para la obtención del DNI es el parto domiciliario sin presencia del personal de salud, pues el certificado de nacido vivo es expedido por el personal de salud que atiende el parto. Para ello se hace necesario que este pueda certificar que la madre haya dado a luz. Esto se dificulta por las barreras de acceso a salud y porque muchas de las mujeres en las comunidades nativas de Nieva, aun no acuden a los establecimientos de salud para los controles de gestación, ni para el alumbramiento, o en su defecto no permiten que el personal de salud esté presente en el domicilio en el momento del parto.

A fin de superar esta barrera, RENIEC emitió dispositivos legales como los de la obtención del acta de nacimiento, remplazando el certificado de nacido vivo por una declaración jurada de la autoridad política (Apu de la comunidad o teniente alcalde), confirmando el nacimiento dentro del plazo de 60 días de ocurrido, en algunos casos el registrador pide además el carné de vacunación del niño.

Si bien es cierto, la flexibilidad para la obtención del acta de nacimiento con documentos alternativos al certificado de nacido vivo, resulta ventajoso y supera las primeras vallas señaladas; en este punto también se encuentran barreras específicas. No todos los nacimientos son reportados al registrador civil, dado que los anexos de las comunidades nativas se encuentran lejanos a las oficinas del registrador, muchas veces a varias horas de camino terrestre o transporte fluvial. Además de ello, la emisión del acta de nacimiento, genera un costo que puede ser de 5, 10 o 30 soles, es decir que no tiene un precio estándar, dependiendo de las tarifas que maneja cada registrador, al ser pagos que se realizan por extemporaneidad.

Por otro lado, el registrador civil no puede trasladarse a pie hacia las comunidades, pues los libros registrales quedarían expuestos a diversos peligros, como caídas, pérdidas o deterioros por fenómenos naturales (lluvia, entre otros). Además de ello, el registrador civil, no tiene presupuesto para esta actividad, ni incentivos para identificar a los niños recién nacidos en el domicilio, pues recibe una propina equivalente a trescientos soles, por la realización de su trabajo.

“No tengo las fichas, por eso ya hemos dado ese conocimiento, sino que pues, si no tenemos viáticos cómo vamos a estar controlando a todos los sectores a nuestra jurisdicción”.

Registrador civil, Kigkis- Santa María de Nieva.

Este incentivo que proviene de la Municipalidad Provincial de Condorcanqui no está estipulado como pago fijo, por lo tanto, depende de la voluntad de la autoridad y muchas veces los registradores trabajan ad honorem. Esto constituye una gran preocupación entre éstos y desincentiva el trabajo; adicionalmente manifiestan gran inquietud pues conocen que a partir del siguiente año ya no recibirán el incentivo económico. En este sentido, los niños que han nacido en el domicilio, muchas veces quedan sin acta de nacimiento, principalmente durante los primeros meses.

“Ellos nos dicen, mayor documentados. El Estado manda dinero para que nosotros sacrifiquemos todo lo que se puede, pero a nosotros no nos reconoce, nosotros no somos remunerados por parte del Estado, estamos, así como estoy yo, yo soy como agricultor, yo soy carpintero, por eso me sostengo, alimento a mis hijos, aunque no me alcanza, pero cómo hacer. Por esa razón nos obligan, pero con qué derecho”.

Registrador civil, Kigkis- Santa María de Nieva.

Esto puede estar influenciando en el compromiso de los registradores civiles con su labor, ya que desde GRIAS se manifiesta que no siempre todos exhiben un trabajo comprometido y que además de ello, las actas de nacimiento presentan muchos errores. Uno de ellos es la incorrecta transcripción de nombres nativos no estandarizados debido al carácter oral de la lengua local. Ello puede ser debido al bajo grado de instrucción de los registradores e influye en desmedro de la labor de GRIAS- RENIEC que debe primero rectificar estos datos.

“RENIEC actúa en un tercer momento, en un primer momento es salud, si no está salud, está el Apu, RENIEC ingresa en un tercer momento, si no está bien hecho, RENIEC no va poder hacer bien su trabajo, va RENIEC, pero las partidas están con errores, la mayoría de registradores están (con solo) primaria, secundaria, a veces nosotros mismos también cometemos errores, imagínate un registrador”.

Funcionario GRIAS- RENIEC de Santa María de Nieva.

Otra barrera, es que muchas veces el padre no cuenta con DNI; al presentarse esta situación se requiere primero rectificar ello, con lo que se insume tiempo en cumplir con otros procedimientos adicionales y requisitos para regularizar esta documentación.

Los errores de registro son también frecuentes y constituyen una barrera de acceso al DNI; esto puede relacionarse al nivel educativo del registrador o a la dificultad de escribir los nombres indígenas, pues en la lengua indígena prima la oralidad.

Esto concuerda con un estudio realizado por Correa y Roopnaraine (2013)⁶⁰ en donde se encontró que existían inconsistencias entre la escritura de los nombres en la partida de nacimiento y la información existente en el DNI, lo que genera problemas en los registros públicos; en otros casos, los registradores cambiaban los nombres indígenas por nombres en español. Otros errores encontrados por este estudio fueron el de no especificar el lugar correcto de nacimiento en el DNI del menor.

De igual manera, en el Plan Nacional contra la Indocumentación 2011- 2015 de la RENIEC se identifica también los errores de registro como barreras, señalando que es necesaria una permanente capacitación basada en la normatividad registral, la calidad de atención y el conocimiento de las características de la población. En este documento, se hace referencia

⁶⁰ Correa, N. Roopnaraine, T. Pueblos Indígenas y Programas de Transferencia Condicionadas. 2013.

a que se estima que cerca del 30% de actas incluyen datos mal consignados (errores, omisiones o enmendaduras), siendo la zona rural la que presenta los mayores índices de errores.

Barreras geográficas:

Dada la alta dispersión de las comunidades awajún y la poca conectividad existente, el acceso físico se presenta como una de las principales barreras para acceder al DNI, especialmente para la población que se encuentra a mayor distancia del centro poblado.

Este tipo de barreras está siendo contrarrestado por las consecutivas movilizaciones del equipo itinerante de GRIAS hacia las zonas más lejanas. De esta manera, estas acciones están contribuyendo a reducir esta brecha, sobre todo en menores de edad, grupo etario que concentraba la mayor cantidad de indocumentados. Estas campañas descentralizan la oferta y acercan geográficamente los servicios a la población, lo que ha hecho posible reducir la brecha de indocumentación. Sin embargo, aún existe población indígena que no acude a estas campañas, sobre todo en las zonas de frontera y en anexos lejanos de la comunidad, en especial en el caso de las “comunidades anexas”, es decir aquellas que se van formando debido a la migración residencial propia de las poblaciones nativas en la Amazonía.

Por esta razón, el equipo GRIAS en muchas ocasiones tiene que trasladarse hacia los anexos donde viven estas familias cuando no acuden a las convocatorias establecidas. Con estos operativos a menudo es posible que se identifiquen niños indocumentados, sin embargo, esto no siempre se consigue ya que el acceso es complejo y no siempre es posible trasladarse con todos los equipos, además del presupuesto extra que esto implica.

Un gran soporte para esto ha sido el padrón nominado que ayuda a identificar a los niños indocumentados que acuden al establecimiento de salud (al actualizar la información de salud y cruzarla con información RENIEC). El equipo GRIAS al trabajar de manera articulada con el sector salud, a través de la plataforma formada por el monitoreo social, prioriza los anexos de atención y además cuando se acude a las comunidades para las campañas, ya se conoce con antelación los niños que deben ser atendidos, lo que permite buscarlos si es que no acudieran a las campañas.

El monitoreo social también ha favorecido la sensibilización a la población, puesto que los actores provinciales realizan campañas de atención y sensibilización descentralizadas, donde informan a la población acerca de las funciones y beneficios de cada uno de los servicios, de esta manera contribuyen a desmitificar ciertas creencias contrarias al DNI.

“El monitoreo ha facilitado a la identidad de los niños, más antes no había este seguimiento, (...) si tú vas más al fondo todavía hay niños indocumentados, gestantes, incluso madres, padres”.

Registrador civil- Nuevo Seasmé, Santa María de Nieva.

Una clara intervención articulada es la encontrada en el centro poblado de Nuevo Seasmé, que alberga a los actores locales en una plataforma de intervención integrada. Esto consiste en que el establecimiento de salud cuando realiza las campañas de atención integral en salud, incorpora dentro de su equipo al registrador civil, lo mismo sucede cuando el personal de salud acude a atender un parto domiciliario. Esto sin duda, facilita el registro civil de nacimientos en Nuevo Seasmé. Asimismo, otra buena práctica se realiza en coordinación con el Centro de Promoción y Vigilancia Comunal del cuidado integral de la madre y del niño (CPVC) que funciona en el centro poblado el cual puede identificar familias con integrantes menores de edad indocumentados, pues este centro forma parte también del equipo de monitoreo social el cual realiza seguimiento de la población para el acceso a servicios relacionados al tema DCI.

El escenario observado en Nuevo Seasmé es diferente al observado en el resto de comunidades y centros poblados, puesto que en éstos se reporta con frecuencia una débil articulación y coordinación entre los funcionarios de salud y los registradores civiles, así como un débil apoyo entre estos. Ello sugiere la existencia de características especiales en este ámbito, debido a la confluencia de un mayor compromiso de los líderes de la comunidad

y funcionarios locales tanto de salud como del registrador civil, actores que lideran este proceso a nivel local. Esto facilita el proceso de implementación del monitoreo social en los espacios comunales. Los elementos que se identifican son liderazgo de la autoridad comunal, del personal de salud y buena comunicación entre directiva comunal y personal de salud. Debe entenderse que tanto el padrón nominado como el MS son herramientas cuya efectividad depende del compromiso y utilización para la articulación de actividades por parte tanto de los líderes locales como de los funcionarios de los programas participantes.

Además de estas ofertas, se encuentran las ORA, que pretenden reducir estas barreras al captar a las madres que dan a luz en los establecimientos donde se ubican estas oficinas, especialmente a las más vulnerables. Sin embargo, dados que pocos partos son institucionales, la cobertura de las ORA aún es baja, considerando además que estas oficinas se encuentran en los establecimientos de salud en capitales de distritos, donde acude principalmente población mestiza o la indígena que no reside en comunidades nativas.

Barreras económicas:

Con las normativas vigentes para la obtención gratuita del DNI y las campañas itinerantes realizadas por GRIAS se han reducido en buena medida las barreras económicas al acceso a la oficina registral de base RENIEC, así como al costo del documento.

Aunque hay algunas madres de comunidades indígenas que se desplazan hacia la ORA ubicada en Nieva, afrontando los costos de transporte por su cuenta; generalmente estas madres se encuentran dentro del Programa JUNTOS y por cumplir los requisitos y condicionantes para mantenerse en el Programa, acuden a la capital. Si bien es cierto que podrían esperar a la campaña realizada por GRIAS, no siempre lo hacen, puesto que manifiestan que las campañas se realizan aproximadamente cada 4 meses o más.

“Ha gastado de transporte para sacar el DNI a Nieva, como 60 soles, transporte, ha sido para cumplir con JUNTOS”.

Madre de familia 1- Comunidad de Kigkis

Se debe señalar que las barreras económicas se observan en comunidades cercanas a la capital, pues son comunidades nativas que no cuentan con recursos económicos, pero que por su cercanía no reciben campañas de atención de GRIAS. Por tanto, estas familias deben asumir los costos de transporte para tramitar el documento de identidad. Un ejemplo de ello, es la comunidad de Hebrón, que se encuentra a 30 minutos de Nieva y el costo del pasaje es de 10 soles.

Esta situación ha sido debidamente identificada por el área de monitoreo social del GL, y por los responsables del sello municipal y padrón nominado, es por ello que se ha optado por trasladar a las madres de niños recién nacidos o dentro de los 25 días de nacidos a la Oficina Registral Auxiliar de Nieva para que puedan obtener el DNI de su niño. Con lo cual se cubre el costo referente a movilidad y alimentación de las madres, aunque actualmente se está dejando de realizar, debido a los altos costos que significa el brindar alimentación y movilidad a la madre, esposo e hijos.

“Para que los niños tengan DNI, los agrupábamos los bajamos acá, para que les den el DNI, pero no dio resultado, porque la gestante, venía con su esposo, sus cuatro niños y la alimentación, para todos, a veces los niños vienen con su mamá”.

Responsable SIS- Red de Salud Condorcanqui

7.6. Análisis de los factores que afectan el acceso al Programa JUNTOS⁶¹

⁶¹La sección corresponde al acápite 6.5 del TDR

El Programa JUNTOS en la provincia de Condorcanqui – Amazonas, está liderado por una Unidad Territorial que abarca los tres distritos de la provincia e incluye en su administración al distrito de Imaza, el cual pertenece a la provincia de Bagua.

La jurisdicción se caracteriza porque al menos el 90% de la población usuaria del Programa corresponde a comunidades awajún y wampis.

Para su adecuada operación el Programa JUNTOS tiene aliados estratégicos como son Salud, Educación, RENIEC y el Gobierno Local. La interrelación con estos aliados 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 las coordinaciones interinstitucionales, así como articular y compartir bases de datos únicas incorporadas en el padrón nominado.

El padrón nominado ha ayudado al Programa JUNTOS a realizar un trabajo focalizado, identificando los lugares donde se presentan los mayores problemas de identidad y falta de coberturas de salud, entre otros; realizando las campañas correspondientes, para lo cual ha sido ventajosa la capacidad de convocatoria que presenta este programa.

Las barreras para el acceso o cumplimiento de las corresponsabilidades en el Programa JUNTOS han ido modificándose. Algunas se han ido reduciendo en el tiempo, como consecuencia de la intervención continuada del programa en un ámbito determinado. Se han ido también reduciendo las barreras culturales asociadas al factor religioso, aunque es imperioso continuar con las acciones para reducir estas vallas.

“Las barreras han ido cambiando, por ejemplo, el tema de identidad, muchos hogares que no tenían identidad, en segundo tema es la resistencia cultural, por el hecho de esta afirmación como robo de niños, la marca la bestia, te inscribían para ser parte de la bestia, aspectos del marco religioso que se presentaban ahí, y un poquito bloqueaban el acceso para que sean beneficiarios del programa JUNTOS, esta parte se ha superado, todavía se mantiene en algunas comunidades.”

Responsable de la Unidad Territorial Programa JUNTOS- Santa María de Nieva

A continuación, se presentan las barreras al Programa JUNTOS que son de dos tipos: el primero referido al proceso de afiliación y el segundo, relacionado al cumplimiento de corresponsabilidades.

Barreras en el proceso de focalización de hogares y afiliación:

Barreras de acceso geográfico:

Desde el inicio de la intervención del Programa JUNTOS en la Provincia de Condorcanqui, el acceso geográfico ha sido uno de los mayores retos para los diferentes procesos de implementación del programa, sobre todo en lo que respecta a afiliación y al monitoreo del cumplimiento de las condicionalidades. A pesar de ello, JUNTOS ha sido uno de los programas que ha logrado un mayor acercamiento a la población usuaria más alejada. Esto ha sido posible gracias a las constantes salidas al campo, lo que ha incrementado significativamente el número de afiliados (7,463 hogares afiliados en la provincia de Condorcanqui)⁶².

Barreras administrativas/institucionales:

Las barreras de acceso se presentaron inicialmente por el difícil acceso de JUNTOS para el empadronamiento de las familias, que se realizaba a través de los gestores locales; esto se fue superando con el paso del tiempo. Actualmente, se debe señalar que el empadronamiento lo realiza la ULE (Unidad Local de Empadronamiento), más no así la clasificación socioeconómica, sino que se envían las fichas a SISFOH- Lima. La normativa vigente es que los residentes de las comunidades nativas serán catalogados automáticamente como pobres, aunque ello no garantiza su inserción automática al programa. Desde el año 2014, mediante Resolución Ministerial MIDIS N° 227-2014 para la clasificación socioeconómica, se otorga la clasificación de pobre extremo a las comunidades

⁶²Según INFOMIDIS

nativas que forman parte de la base de datos del Ministerio de Cultura. Sin embargo, hay ciertos vacíos con respecto a los hogares awajún que se encuentran dentro de centros poblados mayores, ya que a ellos les corresponde otro tipo de procedimiento lo que dificulta su afiliación al programa.

Por tanto, la identificación de las familias afiliables depende de ULE, esto es que, si la unidad no cuenta con recursos para empadronar, especialmente en las zonas más alejadas, se limita la posibilidad de afiliación de la familia. El poco personal y la falta de recursos logísticos para movilizarse a las comunidades alejadas, reduce la posibilidad de ampliar la cobertura de nuevos afiliados, de igual forma es una barrera para la regularización de datos de los hogares observados. En este caso es la población quien se acercan al distrito de Nieva para realizar los trámites de empadronamiento, o lo hace a través de solicitud del Apu de la comunidad.

Asimismo, hemos encontrado que la ULE no ha estado trabajando de manera coordinada con el Programa JUNTOS. Por lo tanto, los usuarios o no usuarios que quieren hacer un reclamo sobre su clasificación socioeconómica o empadronamiento, son enviados a ULE y muchas veces no acuden porque no tienen información sobre esta unidad.

“El problema que se está teniendo que ULE no ha estado trabajando coordinadamente con JUNTOS, pero ya hemos tenido acercamientos, si hay una persona solicitante no logra tener un beneficio en el programa JUNTOS es porque no tiene una clasificación, JUNTOS les envía diferente vallan a ULE y la gente no entiende lo que es ULE”.

*Responsable de Unidad Local de Empadronamiento- Municipalidad Provincial de Santa
María de Nieva*

Debido a que los documentos son enviados a Lima para su revisión, se registran demoras de un promedio de 6 meses, para la calificación socioeconómica de las familias. Estas demoras también se presentan cuando hay cambio de domicilio de un distrito a otro, las que son adicionales a las demoras de la propia afiliación.

“Eso demora en promedio de 6 meses, esto ha sido por la dificultad por la calificación socioeconómica de los hogares que eso lo ve SISFOH, anteriormente lo hacía el programa JUNTOS a través de la pre afiliación y era más rápido”.

Gestor del Programa JUNTOS- Santa María de Nieva - Hebrón

Del mismo modo, el acceso físico sigue representando una barrera para los hogares dispersos de las “comunidades anexos”⁶³ que se encuentran alejadas del centro de la comunidad base, donde generalmente los diversos programas del Estado incluyendo los servicios de salud, concentran a la población.

Otra barrera para la afiliación es la forma en que el hogar ha sido empadronado: por ejemplo, en un hogar puede haber dos familias, sin embargo, si han sido empadronadas como una, dado que viven en la misma vivienda, no se puede afiliar a las dos familias al Programa JUNTOS. Al respecto, se han reportado varias dificultades, para este tipo de casos.

Barreras culturales:

Las barreras culturales constituyeron uno de los principales obstáculos para la afiliación al Programa. Era común que las familias se negaran a afiliarse debido a que se había difundido la información que el Programa iba a “robar a los niños” o los estaban inscribiendo con “la marca de la bestia”. A la fecha, hay avances en revertir estas barreras y creencias, aunque quedan lugares donde estas aún persisten.

“Al principio hubieron muchos aspectos culturales se presentaron y que de alguna manera tuvieron (que) superarse posteriormente, en ese caso, la marca del 666, la marca de la bestia,

⁶³ Estas comunidades son en su mayoría las más dispersas y de menor accesibilidad. Son comunidades que están adscritas a Centros Poblados. Generalmente estas “comunidades anexas” pertenecen a Centros Poblados que fueron en un inicio comunidades nativas.

de que a los niños se lo van a robar, se lo van a llevar a otros sitios, afortunadamente eso se ha superado, no al 100% todavía tenemos algunos casos”.

Responsable Unidad Territorial Santa María de Nieva- Programa JUNTOS

En las afiliaciones se ha observado que no todas las familias optan por declarar a todos sus hijos, algunas manifestaban que solo querían inscribir a uno de ellos, ya sea por el cumplimiento de corresponsabilidades o porque inicialmente se trataba de afiliar a los hijos, de manera separada, es decir uno con la madre y el otro con algún familiar. Esta situación se presentaba también cuando no había padrón nominado y cuando los casos de indocumentación eran altos.

Aunque esta situación no se presenta en todos los casos, se presenta principalmente en los casos donde la madre o el padre tienen mayor reticencia a demandar algún servicio del Estado.

“No le he llevado a sacar su DNI, ni a sus vacunas, porque yo quería solo por él (hijo mayor), mi esposo solo quería por un hijo y no quería que lo lleve a sus vacunas” (A esta madre la retiraron del Programa, porque no quería inscribir a su segundo hijo nacido hace 8 meses).

Madre de familia 2- Comunidad de Kigkis

Con la implementación del padrón nominado se ha ido controlando esta situación. Además, desde el Programa Juntos, nivel nacional, se ha impulsado desde el 2015 la actualización de datos en los hogares, para reducir estas omisiones entre las usuarias.

“Ha sido un tema de preocupación para el Programa, entendemos que esta situación se pudo haber generado. Desde el año pasado estamos haciendo campañas de actualización de información de hogares (...) hay campañas comunicacionales que se han venido intensificando, para que se registren a todos aquellos niños que no habían sido registrados y aquí la estrategia de visitas domiciliarias también nos ayudan a mejorar esto aún más, porque los gestores llegan al hogar y ven tres niños y pregunta ¿Quién ese niño? Y dice, no lo tenemos registrado y lo registra”.

Funcionaria de JUNTOS

Otra barrera cultural es que los hogares creen que el Programa determina la condición de pobre, extremo pobre y no pobre. Por lo que los reclamamos ante cualquier eventualidad no los realizan ante el canal adecuado.

Barreras para el cumplimiento de las corresponsabilidades.

En relación con el establecimiento de salud.

El cumplimiento de las condicionalidades en salud depende en gran medida de la capacidad operativa del establecimiento para brindar los servicios. Algunas de las madres manifiestan que al acudir a los controles CRED, muchas veces el personal de salud no se encuentra en el establecimiento, pues, estos a veces éstos se encuentran realizando actividades extramurales o atendiendo alguna emergencia de parto. Esto se debe al número limitado de personal con el que cuentan los establecimientos de primer nivel para cubrir todas las actividades. En otros casos, como en la comunidad de Hebrón, el personal de salud acude una vez al mes para atender a los niños, principalmente para inmunizaciones y control CRED. Sin embargo, estas atenciones no necesariamente son coordinadas con la comunidad de manera directa y algunas veces se realizan en el mismo horario en que los usuarios acuden a sus chacras. Esto crea cierto malestar en las usuarias y conflicto con los gestores del Programa, ya que por el no cumplimiento estas corren el riesgo de ser suspendidas del bono. A estas barreras se suma el difícil acceso físico a los establecimientos, sobre todo para los hogares dispersos que se ubican en las comunidades “anexas”.

Por otro lado, dado que las madres indígenas prefieren el parto domiciliario, las condicionalidades impuestas por el personal de salud que exigen el parto institucional constituyen otra fuente de conflicto a veces poco reconocida.

Otra de las actividades impuestas por el personal de salud son las faenas de limpieza, hecho que también genera malestar en las madres usuarias, provocando mayores tensiones con el programa y el centro de salud.

La responsabilidad de los padres influye en gran medida en el cumplimiento de las condicionantes en salud, sobre ello, impacta negativamente las barreras culturales de acceso a control CRED. Esto se puede ver en que algunas madres solo cumplen con el control CRED, sin embargo, no permiten la vacunación a sus niños, pues aducen que, estas no constituyen parte de las condicionalidades del Programa.

“No cumplen algunas madres por irresponsabilidad, porque nosotros como padres tenemos que asumir la responsabilidad de nuestros hijos, o sea cumplir, no sé cuáles serán las razones por las que no cumplen”.

Madre lideresa JUNTOS- Nuevo Seasmé

“Hace 4 años estoy en JUNTOS. Hay personas, unos dicen que cuando llevamos al control qué ganamos controlando, no nos dan nada, está bien yo les digo, pero ahí ves si tu niño mejora o no mejora, allí te capacitan te dan charlas, pero es pérdida de tiempo, porque a veces tienen que hacer en su casa”.

Madre de familia 1 Nuevo Seasmé

“Hace dos años llevando JUNTOS, con ese JUNTOS yo educo a mi hija, primera vez cuando no recibía JUNTOS, sus padres recibían todo y a veces no alcanzaba la plata, lo que faltaba era comprar sus útiles, a veces compramos con 80 soles para que hagan trabajo, a veces la comida, de allí un año he sufrido, cuando estaba 4 años ahí llevé JUNTOS, pero allí todos compraba su ropa, su educación también le pagaba, también compraba su comida para que lleve en su loncherita, cuando no...”

Madre de familia 3 - Comunidad de Kigkis

Las condicionalidades “impuestas” también pueden provenir en algunos casos, del propio gestor de JUNTOS, como lo señala el estudio de Correa y Roopnaraine (2013)⁶⁴, “En las seis comunidades analizadas se comprobó que tanto los hogares como los actores locales vinculados a Juntos (docentes, personal de salud, autoridades) tenían muy poca claridad sobre las corresponsabilidades oficiales del programa. Durante el trabajo de campo se constató que las actividades complementarias se percibían como una obligación. Asimismo, se identificó la existencia de una serie de requerimientos adicionales creados por gestores, autoridades locales, y personal de salud y educación que en la práctica constituyen “corresponsabilidades extraoficiales”. Por ejemplo, un hallazgo muy preocupante es la percepción del uso de anticonceptivos como una condicionalidad obligatoria del programa Juntos” (Correa y Roopnaraine 2014, p. 27).

Estas corresponsabilidades “impuestas” se encontraron también durante nuestro trabajo de campo en algunas comunidades proviniendo muchas de ellas del personal de salud, otras impuestas por los gestores de JUNTOS. Aunque no sean parte de la política del programa, se asumen como requerimientos locales, que deben ser cumplidos.

Monitoreo del cumplimiento de las corresponsabilidades

Para el monitoreo del cumplimiento de las condicionalidades el gestor local recoge la información del establecimiento de salud, como también la verificación de la tarjeta CRED del menor durante las visitas domiciliarias. Sin embargo, se ha escuchado por parte de las madres usuarias que cumplen con las condicionalidades que hay madres que, a pesar de su incumplimiento, siguen recibiendo el bono. Esto genera una frecuente baja en la cobertura de los servicios del CRED, ya que se considera que no existe un adecuado manejo de parte del gestor. Dentro de ese problema también se ha señalado la flexibilidad y el criterio que pueden tener algunos gestores durante el monitoreo y su discrecionalidad. Hay sin embargo un reconocimiento de la utilidad del bono para los gastos de las niñas y niños.

“Es un incentivo que se nos da a nosotros para la educación, ha ido mejorando porque básicamente lo consumimos para la salud y la educación de nuestros hijos”.

⁶⁴ Correa, N. Roopnaraine, T. Pueblos Indígenas y Programas de Transferencia Condicionadas. BID 2014.

Acompañamiento familiar

El acompañamiento de las familias de JUNTOS es una de las funciones que realiza el gestor local con las madres usuarias con el fin de promover prácticas saludables para el cuidado del niño, y también promover la demanda por los servicios condicionados de salud y educación, a través de sesiones de consejerías en el mismo hogar. Sin embargo, esta actividad es poco practicada por los gestores, sobre todo en los hogares dispersos, y solo es realizada cuando las madres presentan riesgo de suspensión. En esta circunstancia el gestor trata de ubicar a la madre para evitar que continúe su incumplimiento. La consejería mayormente se lleva a cabo a nivel grupal con todas las madres usuarias, y es realizada por lo menos una vez antes de cada pago.

Este acompañamiento también es ejecutado por las madres lideresas de JUNTOS, aunque ello no es una constante, sino que depende del gestor local y de la disposición de las madres líderes.

8. INFORME CUALITATIVO: LOS ASHANINKA DE RÍO TAMBO- SATIPO- JUNÍN

En esta sección del informe se presenta la evidencia recogida durante el trabajo de campo (Oct. 24-30) en el distrito de Río Tambo, provincia de Satipo, región Junín. Conforme a los TDR se trata de comparar las características, barreras y logros entre la zona de intervención (Nieva) con la de no intervención (Río Tambo). Para ello es necesario contextualizar algunos aspectos relevantes de esta última zona, la cual presenta características propias, en cuanto a su mayor nivel de integración y articulación con la sociedad nacional y las instituciones públicas, lo que influye en las barreras de salud, identidad y en el acceso a los programas sociales.

La evidencia presentada se basa en las 16 entrevistas realizadas a funcionarios y autoridades locales y en las 14 a actores de las 3 comunidades estudiadas con base a una guía estandarizada para permitir la comparación con la zona de intervención. Dichas entrevistas se resumen en la tabla siguiente:

CUADRO 36. Entrevistas en Río Tambo-Satipo

Actores institucionales	Número de Entrevistas
Gobierno Local Río Tambo	4
Micro Red de Salud Puerto Ocopa	5
Red de Salud Satipo	1
Hospital de Satipo	1
Funcionarios de JUNTOS	2
Central de comunidades ashaninkas	3
Total	16

Actores de la comunidad	Número de Entrevistas
Jefes y vice jefes de comunidad	3
Presidentes de salud	2
Promotores de salud	2
Madres y padres de familia	5
Registrador civil	1
Madre lideresa JUNTOS	1
Total	14

Fuente: Información obtenida en el Trabajo de Campo
Elaboración propia

8.1. Descripción de la Etnia Ashaninka

A continuación, se presentan algunas características particulares de los ashaninkas como pueblo amazónico de la selva central, para entender mejor el contexto socio-cultural en que se desenvuelven los servicios de salud y programas sociales analizados en esta consultoría. Como en el caso de los awajún la información está tomada tanto de estudios etnográficos como de las propias observaciones del trabajo de campo.

El pueblo ashaninka es una de las etnias más numerosa dentro del territorio de la Amazonía peruana, ubicado principalmente en las regiones de Junín, Ayacucho, Huánuco, Pasco, Ucayali y Cusco. En la Provincia de Satipo-Junín, se encuentran distribuidos en las cuencas de los ríos Tambo, Ene y Perene, concentrándose la mayor cantidad en el Distrito de Río Tambo. Cabe señalar una diferenciación entre los ashaninkas de las zonas ribereñas y los ashaninkas del Gran Pajonal en el lado de la montaña, siendo esta diferencia básicamente

lingüística. Al interior del distrito de Río Tambo también existen etnias en menor número, tales como los Nomatsiguenga, Kakinte, Yine, y así como población quechua-hablante. Esta última va en aumento debido a un proceso continuo de colonización. La mayoría de los quechuas provienen de las regiones de Ayacucho, Huancavelica y Andahuaylas. Entre la población ashaninka y la quechua existen tensiones en torno a la ocupación del territorio, y en algunos casos por temas de titulación y ocupación del territorio.

Patrones de residencia y composición familiar

Al igual que la mayoría de pueblos amazónicos en el Perú, los ashaninkas habitaban en zonas cercanas a los ríos, y con menor frecuencia, la zona de montaña o tierra firme, agrupados en unidades domésticas, dispersos en pequeños asentamientos. Los asentamientos originarios normalmente incluyen 4-5 unidades domésticas relacionadas mediante parentesco y matrimonio. Con frecuencia, la cabeza de esta familia extendida era el hombre mayor de la unidad doméstica núcleo del asentamiento, siempre que este fuera respetado como cabeza de familia por su(s) esposa(s) y familiares. Es líder en el sentido de que toma iniciativas y decisiones en asuntos que incumben a todo el asentamiento (Veber 2009: 24-25).

La familia nuclear está compuesta por el marido, la esposa y los hijos e hijas de ambos. La familia nuclear o elemental puede ser extendida a través del matrimonio poliginico que, si bien no es una práctica general entre los ashaninkas, se encuentra aún con relativa frecuencia. En este caso, la familia compuesta ocupa varias viviendas. Pero además existe otra forma de ampliación de la familia elemental que está relacionada con las normas de residencia post-matrimonial (Varese 1973: 48).

Organización Comunal.

Por tradición el líder ha sido el factor aglutinante alrededor del cual se constituye el grupo. A través de su capacidad carismática y su elocuencia se espera que dirija y oriente al grupo (Veber 2009:25). Actualmente estos grupos locales se rigen bajo la organización comunal plasmada en la Asamblea Comunal presidida por el Jefe, como máxima autoridad, y compuesta además por el Vice Jefe, un Secretario, un Tesorero y sus vocales. Como se ha señalado, la capacidad del Jefe para ejercer sus funciones recae en la percepción que tienen los ashaninkas del líder y su rol dentro del grupo local. La base de su autoridad es la legitimidad.

Además de las funciones formales como jefe de la comunidad (coordinación con los funcionarios estatales, cumplimiento del estatuto) también está el rol de consejero de la comunidad que se complementa con sus funciones de gestor con agentes externos. Al igual que en la etnia awajún, los jefes o líderes ashaninkas no disponen de autoridad para ordenar u obligar a alguien para hacer cumplir sus decisiones, esto se logra mediante el diálogo y la persuasión dentro de la asamblea comunal. Es decir, en estas etnias el poder se basa en la legitimidad del líder y es un poder difuso y no-institucionalizado.

Dentro de las comunidades ashaninkas, también están los Comités de Autodefensa (surgidos y consolidados en tiempos del terrorismo), los que presiden estos comités también tienen un poder de influencia cuando se trata asuntos generales de la comunidad.

Principales Actividades Económicas

Los ashaninkas mantienen una economía de subsistencia basada en la agricultura (de tala y quema), actividades de caza, pesca y recolección. Además, siembran yuca, plátano, maíz, frijoles y un conjunto de tubérculos nativos. La distribución de las actividades dentro de la unidad doméstica se da según edad y sexo. Los varones están dedicados a la caza, y participan en la agricultura en las tareas más pesadas como es el desbosque y apertura de chacras. En el caso de las mujeres, éstas se encargan exclusivamente del cultivo de la yuca, de la crianza de los hijos, y en la preparación del *masato*. Al igual que la etnia awajún, el cultivo más importante de su economía de subsistencia es la yuca, que constituye la base de su alimentación diaria.

En los últimos años los ashaninkas se han insertado poco a poco a la dinámica comercial de ciertos productos como el café, cacao, maní y frutales, los cuales ha complementado el ingreso monetario dentro de la economía familiar, siendo el café el principal de ellos. Esta nueva práctica se debe a los años de convivencia constante con colonos, debido a que los ashaninkas han trabajado para sus haciendas cafetaleras.

Agentes de Medicina Tradicional

Dentro de la etnia ashaninka aún se conservan algunos conocimientos y prácticas tradicionales relacionadas a la salud y a la enfermedad. Las causas de las enfermedades por brujería son aún comunes en la percepción de las comunidades ashaninkas. En este caso acuden al curandero o *Shaman* antiguamente llamado *Sheripari*. El *Sheripari* puede interpretar las causas de las enfermedades, ya sean atribuidas a orígenes espirituales, brujería, o a las anomalías funcionales y sociales; y tiene la capacidad para tratar y reparar los daños (Veber 2009: 25). Cuando se trata de enfermedades complejas, enfermedades clínicas, que no presenta mejorías con el tratamiento médico occidental, los ashaninkas suelen acudir al curandero *shaman*.

Actualmente, existen otros agentes de salud de la comunidad. Estos agentes son promovidos por el sistema de salud nacional; tal es el caso del promotor de salud y el presidente de salud. El promotor de salud es la persona encargada de apoyar directamente al personal de salud en labores preventivas y promocionales. Por ejemplo, cuando se trata de apoyar en las campañas de salud, captación de embarazadas, entre otras funciones. Es elegido, en algunos casos, por acuerdo entre el personal de salud y la comunidad. Por lo general, se designa a una persona con conocimientos básicos en salud. Por otro lado, está el presidente de salud, que a diferencia de las comunidades awajún, en las comunidades ashaninka tiene la función de vigilar y gestionar los servicios de salud en la comunidad. Sin embargo, en la práctica muchas veces es confundido con las funciones del promotor de salud y tiene muy poca coordinación con el personal de salud. También es elegido por la comunidad, como parte de los comités que existen dentro de la comunidad, y no necesariamente debe tener conocimientos prácticos o técnicos de salud.

8.2. Organizaciones ashaninkas en Río Tambo

A nivel de la selva central, como organización regional integrante de la AIDSEP, se encuentra la Asociación Regional de Pueblos Indígenas de la Selva Central (ARPI SC). Esta Asociación integra a varias etnias ubicadas en las regiones de Junín, Pasco, Huánuco y Ucayali. Las organizaciones locales más representativas, que integran a la mayor cantidad de población ashaninka en el distrito de Río Tambo son la Central ashaninka del Río Ene (CARE) y la Central ashaninka del Río Tambo (CART). Estas organizaciones han logrado tener bastante legitimidad dentro de las comunidades nativas gracias al liderazgo de sus dirigentes.

En el caso de la CARE, la lideresa Ruth Buendía es reconocida por la comunidad y los jefes por su capacidad de liderazgo durante procesos en defensa de los derechos indígenas. Estas organizaciones, al igual que las comunidades han logrado fortalecerse a partir de los años de la resistencia al terrorismo estando organizados en los comités de autodefensa, los cuales tuvieron reconocimiento del gobierno y de las mismas poblaciones. Cuando se requiere realizar algún tipo de proyecto o actividades de gran envergadura, es requerimiento coordinar con estas organizaciones para poder ingresar a la zona.

En consecuencia, los pueblos ashaninka difieren de los awajún en dos aspectos importantes relevantes para nuestro análisis; i) tienen mayor tejido social organizacional en su mediación con la sociedad mayor y ii) y una mayor articulación con la sociedad moderna, mayor presencia del Estado, han sufrido un largo proceso de colonización por parte de migrantes andinos y haciendas y tienen mayor participación en el mercado.

Organizaciones ashaninkas a nivel comunal:

La directiva comunal es la base organizacional más importante entre los ashaninkas y es liderada por el jefe de la comunidad. Otras organizaciones comunales, son el comité de autodefensa, el club de madres, los comités de vaso de leche, entre otros.

“Lo que manda acá es el jefe de la comunidad con su directiva, de ahí viene el comité de autodefensa, ellos tienen su directiva también, de ahí viene el club de madres”.

Sub Jefe del Centro Poblado de Puerto Ocopa

Se considera también como parte de la directiva al presidente de salud y al de educación (aunque su elección no se realiza de forma simultánea). Estos cargos se encontraron solamente dentro de las comunidades nativas ashaninkas, y no en las comunidades awajún.

La integración de estos cargos a la vida comunal da cuenta de la visión del desarrollo y el quehacer comunal que incluyen a la salud y educación como pilares claves de la calidad de vida de los pueblos ashaninkas. El presidente de salud, es el interlocutor entre el establecimiento de salud y el jefe de la comunidad, de manera que, si existiera alguna necesidad, por ejemplo, de trasladar las medicinas, equipos médicos o de limpieza de los alrededores del establecimiento; el jefe, previamente informado por el presidente, organiza a la comunidad para las labores requeridas.

“El presidente de salud ve todito lo que es apoyo del enfermero, comunicar a las madres, comunicar al enfermero, ahora el presidente comunica al jefe y apoya el centro de salud, por ejemplo, quiere construir una casa y es así, pero todo ya (luego) es directiva de la comunidad”.

Elmer Díaz Regidor ashaninka Municipalidad de Río Tambo

Esto denota también un sentido de corresponsabilidad por parte de las comunidades nativas, para involucrarse con el quehacer institucional de los servicios públicos.

“Mucho más mejor cuando hay apoyo se trabaja mejor, pero cuando no le apoyamos también se siente mal, porque no va a trabajar solito, entonces allá está el presidente de salud que debe comunicar, al jefe y decirle para ayudarlo a cargar los medicamentos tenemos que traer”.

Elmer Díaz Regidor ashaninka Municipalidad de Río Tambo

Asimismo, el presidente de salud realiza la supervisión de cumplimiento de atención del establecimiento, esto es que el personal no se ausente del puesto o que no exista mal trato a la población. Esta vigilancia ciudadana también se realiza, aunque de una forma más constante, hacia las escuelas y los docentes (realizada por el presidente de educación). Estas funciones, tanto del presidente de educación, como del de salud, están establecidas e incorporadas al estatuto de la comunidad. Los planes anuales de la comunidad también incorporan acciones de salud y/o educación, dependiendo de la información previa recibida por el presidente de salud y de los acuerdos tomados con cada institución.

Para todo ello, es imprescindible la apertura al diálogo, desde salud o educación, a fin de lograr esta sinergia entre la comunidad y las instituciones públicas.

“Realizar capacitaciones, con colaboración del centro de salud, nuestros comuneros no se sientan enfermos. Con ellos se trabaja bien, se coordina, cualquier cosa estamos pendientes para poder apoyar. Más antes, un poquito se había distanciado con salud, no había confianza con la población, falta de coordinación, se metían a su centro y no salían a ver acá que cosa tenían”.

Vice Jefe del Centro Poblado Puerto Ocopa

La figura del presidente de salud es diferente a la del agente comunitario de salud, este último conoce algunos temas de salud, como medicinas, signos y síntomas de enfermedades prevalentes; opera más a nivel asistencial. En contraste, el presidente de salud es quien realiza gestiones con salud, vigila el cumplimiento de las funciones del personal, es decir asume un rol de gestor y vigilancia.

Aunque, la figura del presidente de salud, abre un abanico de oportunidades para el trabajo y puede consistir en un puente al diálogo entre las comunidades y el establecimiento de

salud, no se realiza necesariamente un trabajo conjunto, pues depende también de la voluntad del personal de salud. Por ello, muchas veces no se maximiza esta ventaja.

“En las comunidades en sí no ha estado funcionando el trabajo del presidente de salud, eso existe ya hace muchos años, (...) entonces, esa figura no está funcionando, lo que veo en mi comunidad que el personal de salud no coordina con el presidente de salud ni con su sistema de vigilancia (...). Si es que conforman su comité de salud deberían capacitarlos a ellos (...). En comunidad el presidente está aislado del mundo de la salud, cada uno por su lugar, el presidente está de nombre nada más, no ejecuta sus acciones que debe hacer.

Tesorero de La Central Ashaninka del Río Ene

La presencia de los cargos de presidentes de salud y de educación replica las estructuras organizacionales de las directivas de las Centrales Ashaninkas que integran a un presidente de salud y de educación. Esto facilita el diálogo y el respaldo a las comunidades, pues al existir denuncias por parte del Jefe de la comunidad en la UGEL o Red de Salud, éstas son respaldadas por las centrales de ashaninkas o federaciones correspondientes.

“La CART también nos dice, La salud hay que ver cómo trabajan, si es que no trabajan bien, si es que apuran también, porque ese es del Estado, tiene que atender a madres, niños”.

Jefe de la Comunidad Nativa de Kirishiari

De este modo, el discurso desde las centrales ashaninkas integra la salud, la educación y no se limita típicamente a temas territoriales, económicos o de ingresos de las comunidades nativas. De ello surge la preocupación por la coordinación interinstitucional.

“Nosotros somos una organización política indígena, nuestra principal función es velar por los pueblos indígenas, entonces de la línea de trabajo de la organización CARE es la salud, es educación, seguridad, economía indígena, entonces, en este territorio lo más principal”.

Tesorero de la Central de Ashaninkas del Río Ene

Es importante señalar que no siempre se obtiene una respuesta inmediata de la UGEL o la Red a estas organizaciones indígenas y se reconoce que generalmente la UGEL muestra más apertura al diálogo y toma acciones frente a las faltas denunciadas, no así la Red de Salud. Además de ello, todo esto depende de que el Jefe de la comunidad realice las denuncias y coordinaciones ante sus federaciones, lo que no siempre ocurre, pues puede haber dificultades como la lejanía de la comunidad, gastos de transporte y la falta de movilidad.

“(...) ahora +último tenemos actas firmadas compromisos (Red de Salud Satipo) pero no se cumple eso, que no tengo tiempo, que espérame por favor, en cambio, el ministerio de educación, voy a la UGEL ahora mismo está recibéndome, deja de hacer cosas para que te atiendan, el ministerio de salud no hace eso (...) es mentira el compromiso. Para que mejore, es articular esfuerzos o responsabilidades compartidas (...) hemos dicho que el martes vamos a conversar y el martes me acerco, no puedo delegar, en ese caso yo agarro le digo a mi secretaria, te delego vaya a Río Tambo”.

Presidente de la Central Ashaninka de Río Tambo

El funcionamiento de estas organizaciones en las comunidades nativas, no es homogéneo, y depende de una serie de aspectos, desde los contextuales como los la distancia a Satipo, facilidad de acceso, así como los rasgos propios de cada Jefe de comunidad, entre otros. Se evidencia la necesidad de fortalecer a las comunidades nativas y a sus directivas comunales, en temas diversos vinculados a la gestión comunal, como por ejemplo compartir los documentos y experiencias de gestión existentes. Así también, es necesario homogenizar, consensuar y difundir estos documentos de gestión. Si bien hay comunidades donde el sistema descrito aun es débil, cabe resaltar que la potencialidad organizativa está latente.

“Si bien es cierto que cada comunidad tiene su estatuto, pero sin embargo la mayoría, porque no decirlo, la mayoría de las comunidades han adquirido su estatuto por que tuvieron la necesidad de inscribirse para que tengan título de propiedad de la comunidad, entonces, en ese tiempo no ha habido consenso, no habido una reunión para decir que, si está bien lo que estamos poniendo o no, no habido socialización”.

Tesorero de la Central de Ashaninkas del Río Ene

Como se ha señalado, los cargos de presidentes de educación y salud, se encuentran únicamente en las comunidades nativas ashaninkas y no han sido encontrados en las directivas de las comunidades awajún, ni se ha encontrado algún cargo que realice estas labores. De igual manera, la normativa establecida en el estatuto ashaninka incorpora funciones de vigilancia en materia de salud y educación, no así el estatuto de las comunidades awajún. Esto en sí mismo, constituye una gran diferencia entre las organizaciones de las dos etnias y sus interrelaciones con las instituciones públicas, así como en el ejercicio de la vigilancia ciudadana organizada.

De ello, se puede desprender la visión del desarrollo y de los roles que las comunidades nativas tienen en cuanto a la interlocución con las instituciones públicas, así como la exigencia del cumplimiento de los derechos en salud y educación, que son diferentes entre ambas etnias.

De otra parte, las comunidades ashaninkas cuentan con una plataforma de soporte e interlocución con las instituciones a nivel provincial (Centrales Ashaninkas). Esta plataforma organizacional propicia el diálogo y busca solucionar los problemas de la comunidad. Entre las etnias awajún, no se observa este tipo de plataforma de soporte, a pesar de que existen organizaciones de segundo nivel que agrupan a las comunidades awajún, no existe una comunicación y presencia constante de estas centrales en el espacio público.

“Nosotros tenemos una estrategia en temas de salud, de hacer convenios con los gobiernos locales, regionales para que se puedan lograr esas actividades del Estado hacia las comunidades, nosotros como organización somos interlocutores de ellos, si bien es cierto que no tienen ellos la posibilidad de venir a conversar con los gobiernos locales o regionales, para eso estamos nosotros, para intervenir de que el Estado cumpla con sus funciones”.

Tesorero de la Central de Ashaninkas del Río Ene

Elección y rol de las autoridades en las comunidades nativas ashaninkas

La elección de las autoridades se realiza para un periodo de dos años de forma democrática. Los cargos de la directiva comunal, se perciben como cargos de confianza del pueblo hacia la persona, a quien se le requieren las cualidades necesarias para asumirlos, como, por ejemplo: el comportamiento, el apoyo hacia la comunidad, y la confianza ganada.

“Con la experiencia que uno tiene para manejar su comunidad, ya sabe cómo poder ayudarlo también, cuando te eligen es por algo que estás haciendo por tu pueblo, cuando te portas mal también, hasta acá no más, cuando te ven que estás haciendo bien te siguen eligiendo”.

Vice jefe del Centro Poblado Puerto Ocopa

A diferencia de las comunidades awajún, las ashaninkas muestran un gran reconocimiento hacia el Jefe de la comunidad (equivalente al Apu en las comunidades awajún) y sobre la base del reconocimiento a su trabajo, participación en la comunidad y servicio a la población, se elige a la directiva comunal. Si bien es cierto, en la etnia awajún también existe una suerte de reconocimiento a su labor, encontramos que se ha debilitado la organización comunal y la participación del Apu, quien muchas veces ha perdido liderazgo y legitimidad, por ello su elección no depende de atributos observados, sino que puede darse de manera automática.

“Cargo de confianza del pueblo, depende de cómo uno se comporta, como es su desenvolvimiento con la gente, apoya en cualquier cosa a la comunidad, la comunidad te tiene confianza”.

Vice Jefe del Centro Poblado Puerto Ocopa

En muchos casos el reconocimiento a los jefes de las comunidades nativas ashaninkas se circunscribe a la comunidad y a las organizaciones ashaninkas, y no a los funcionarios públicos, por ello, las instituciones públicas no logran entender este tipo de organización. Es así frecuente que, cuando un jefe ashaninka llega a alguna entidad estatal, éstos no son atendidos como autoridades, sino que muchas veces se les pide regresar de nuevo. Esto dificulta el diálogo intercultural y no rescata la importancia del jefe de la comunidad como

aliado estratégico, como vigilante y como soporte para el cumplimiento de los servicios a nivel de las comunidades.

“Ellos tienen muchas dificultades, primero, los jefes son reconocidos como jefes en su comunidad, pero no son atendidos tal como son. Igual que yo le diga tal persona eres mi jefe de la comunidad, ahora ven a la municipalidad y te digan ven mañana o no tengo presupuesto, como van hacer la incidencia si es que no les apoyas, acá también es el tema de la economía, no hay economía”.

Presidente de la Central Ashaninka de Río Tambo

En suma, se evidencian que los procesos organizacionales son distintos entre ambas etnias. Estas diferencias en el capital social y grado de organicidad entre ashaninkas y awajún ameritan un proceso de reflexión para entender el porqué de estas diferencias. Una mayor organización y participación de los awajún podría reforzar el monitoreo social, implementado en Condorcanqui- Amazonas. Quizás a futuro podrían plantearse visitas de líderes awajún a la zona de Satipo para aprender in situ estas buenas prácticas de los ashaninka y fomentar la articulación horizontal entre sus líderes.

8.3. La Municipalidad de Río Tambo: su rol en temas de salud infantil

La Municipalidad Distrital de Río Tambo atiende al segundo distrito más extenso del país, con necesidades múltiples en lo social, económico y ambiental. Durante la gestión actual, se han insertado intervenciones vinculadas al desarrollo social; en este marco, se han constituido dos mesas de trabajo a nivel nacional (Desnutrición crónica y generación de ingresos). Río Tambo es considerado uno de los distritos de la estrategia para la pacificación del VRAEM, como se indica en el D.S. N° 040-2016-PCM. Reordenan ámbitos de intervención directa y de influencia del Valle de los Ríos Apurímac, Ene y Mantaro- VRAEM y el D.S. N 077-2013-PCM, Aprobación de la Intervención en el VRAEM denominado “Programa de Intervención Multisectorial del Gobierno Central, en los Valles de los Ríos Apurímac, Ene y Mantaro (VRAEM) 2013-2016.

Una de las mesas de trabajo está referida a la lucha contra la desnutrición crónica, para lo cual existe un espacio de diálogo entre la Municipalidad y los diferentes sectores, como son el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, Ministerio de Salud, Ministerio de Educación y el Comando Conjunto. Estos espacios inter institucionales han sido formados recientemente, y aún se encuentran en fase de programación con pocas acciones a nivel operativo.

A nivel distrital también se ha formado el Comité de Desarrollo Integral de Río Tambo (COMEDIRT), en donde se han establecido cinco mesas de trabajo: salud, educación, lucha contra la violencia, seguridad y medio ambiente. El COMEDIRT viene funcionando hace solo tres meses y se han emitido recién Ordenanzas Distritales de reconocimiento a este espacio.

En materia de salud, la mesa prioriza las enfermedades tropicales, la lucha contra el dengue y la malaria. La Municipalidad distrital de Río Tambo lidera esta mesa, a través de la Gerencia de Desarrollo Social y la Sub Gerencia de Salud Pública.

En este sentido, la Municipalidad realiza acciones orientadas a mejorar el acceso a la salud, como son la instalación de 29 puestos satélites y botiquines comunales con la participación de 29 técnicos ashaninkas. Asimismo, se cuenta con promotores que acompañan a los pacientes cuando son atendidos en Satipo, que velan por su bienestar, y también les apoyan como traductores en la comunicación entre el paciente y el personal de salud. Además de ello, se han establecido convenios con albergues ashaninkas para que los parientes que acompañan al paciente puedan quedarse el tiempo necesario en Satipo sin generar costos adicionales a los parientes que acompañan a la paciente (como hospedaje, alimentación y traslado del familiar o familiares acompañantes) los que no son asumidos por el SIS⁶⁵.

⁶⁵ Según Directiva N° 001-2011-SIS-GNF, se señala que los gastos de traslado serán reembolsados al establecimiento de salud, ello sugiere el que los parientes o el establecimiento de salud dispongan de liquidez económica, pues luego los gastos serán reembolsados; además este reembolso se brinda luego de una verificación por la UDR del SIS. De otra

El espacio de articulación en Río Tambo, así como las intervenciones realizadas en salud se orientan a mejorar la calidad del servicio y la accesibilidad a la salud en general de las comunidades nativas; en contraste con el monitoreo social impulsado por el proyecto en Condorcanqui-Amazonas, donde se enfatiza y prioriza la lucha contra la desnutrición infantil y se ha logrado interiorizar el tema en los diferentes actores locales.

Desde la Municipalidad de Río Tambo, también se identifica la desnutrición infantil como uno de los problemas más serios en el distrito, pero se aborda desde el tema de agua y saneamiento. Ello constituye una de las diferencias de enfoque y estrategia entre Río Tambo y Condorcanqui, pues el monitoreo social toma el modelo lógico del PAN, y aborda los indicadores de vacunación, acceso a identidad, afiliación al SIS, consejería nutricional, entre otros.

Los puntos de coincidencia para el abordaje de la disminución de la desnutrición infantil son la preocupación por la seguridad alimentaria, referida a la poca disponibilidad, variedad y cantidad de alimentos basados en la producción local.

Se debe resaltar que la Municipalidad Distrital de Río Tambo, desde la actual gestión municipal (iniciada el 2015) aborda el tema social, a ello influye la formación y experiencia del burgomaestre en gestión municipal y desarrollo por sus vínculos con la cooperación internacional.

Otra estrategia implementada, por las metas del Plan de Incentivos a la Gestión Municipal, es el uso del Padrón Nominal, que, aunque actualmente ya no constituye parte del mismo, se sigue empleando en la Municipalidad Distrital de Río Tambo. Sin embargo, no se maximiza su uso, pues no se realiza el monitoreo para la identificación de atenciones en los diferentes indicadores del PAN, sino que se limita a la verificación que el niño cuente con DNI, cuando éste viene de otra provincia o región.

Esto revelaría que es necesaria la asistencia técnica permanente para institucionalización del uso del padrón nominal como parte de los espacios de concertación y para la toma de decisiones de intervención y reducción de brechas de los indicadores relacionados a infancia.

8.4. Los servicios de salud

Contexto de la oferta del Servicio:

El distrito de Río Tambo cuenta con una superficie de 10,350 km², es decir, ocupa el 54% del total de la provincia de Satipo (19,219 km²). En tanto, la provincia de Condorcanqui tiene una superficie de 17 865 km².

En toda la provincia de Satipo existen 112 establecimientos de salud, para la atención de 274,610 habitantes, que constituyen la población estimada para el 2015⁶⁶. De estos establecimientos, el 21% se ubican en el distrito de Río Tambo, esto es, 24 establecimientos de salud, destinados a la atención de 58,417 de habitantes, según estimaciones del INEI. En total son 32 establecimientos de salud los que están bajo la dirección de la Micro Red de Salud Puerto Ocopa, pues también están adscritos 8 establecimientos pertenecientes al distrito de Pangoa.

Es preciso señalar que, pese a que los establecimientos de salud de Río Tambo, están organizados en tres Micro Redes: Puerto Ocopa, Poyeni y Valle Esmeralda, que se encuentran bajo la jurisdicción de la Red de Salud de Satipo, en la práctica la Micro Red de Puerto Ocopa, asume funciones como Micro Red para todos los establecimientos del

parte, la asignación por alimentación es cubierta si el traslado fuera interprovincial, regional o nacional. Sin embargo, de Río Tambo a Satipo no se tiene un traslado interprovincial, sino de un distrito a la capital del distrito, por lo que queda sin efecto la asignación.

⁶⁶ Proyecciones de población INEI al 30 de junio 2015

ámbito, pues las otras dos no cuentan con personal ni equipamiento necesario para ser catalogadas como tales. Los establecimientos de salud son de nivel I, 9 de nivel I-1, 10 de nivel I-2 y 5 de nivel I-3.

En tanto, en la provincia de Condorcanqui, existen 72 establecimientos de salud para la atención de 54,949 personas, es decir una población ligeramente menor, aunque con mayor dispersión, pues éstas se distribuyen a lo largo de una superficie de casi el doble en dimensiones en relación a la de Río Tambo. Esto se asocia a un alto grado de dispersión de las comunidades indígenas awajún, pero también refleja que no existe un número adecuado de establecimientos de salud en el distrito de Río Tambo, evidenciando una brecha de acceso a servicios desde el planeamiento de la instalación del servicio.

Como respuesta al déficit de establecimientos de salud, la Municipalidad Distrital de Río Tambo ha instalado 29 postas médicas satélites y botiquines comunales, con atención por personal técnico, pagados por la Municipalidad.

Debido a las características de la comunidad awajún y del GL que incluye en su quehacer institucional la temática de salud, se evidencian diferencias importantes en cuanto a resistencias culturales, que son abordadas en el acápite correspondiente. Sin embargo, una de las diferencias notorias es el posicionamiento de la problemática de la desnutrición infantil en los establecimientos de salud y su interrelación con las comunidades.

Sin duda, a nivel del sector salud en Condorcanqui, se ha logrado una fuerte atención a la desnutrición infantil y al monitoreo de indicadores asociados al PAN para reducir la DCI, este abordaje viene insertándose a nivel operativo con mucho mayor énfasis.

Por otro lado, en Río Tambo se reconoce la salud en general como tema prioritario, aunque no se prioriza la desnutrición infantil, ni el monitoreo de los indicadores asociados. Las Micro Redes de Salud responden a la Red de Salud ubicada en Satipo, la cual se ubica a aproximadamente tres horas de Río Tambo. La Red de Salud es la Unidad Ejecutora encargada de atender a los 24 establecimientos de salud de Río Tambo.

A continuación, se identifican características desde la estructura de la Red y Micro Red que limitan la calidad y cobertura del servicio de salud.

En relación a los recursos humanos:

a. Fortalecimiento de capacidades al personal:

Desde la Red de Salud Satipo, no se tiene una política clara en cuanto al fortalecimiento de capacidades para el personal de salud. Debe tenerse en cuenta que la realidad socio-cultural entre los distritos bajo la jurisdicción de la Red de Salud son bastante heterogéneos y que Río Tambo, es el distrito con mayor población indígena, en relación a los otros adscritos a la Red en los que predomina la población mestiza.

Las capacitaciones en salud intercultural al personal nuevo son escasas, aunque desde la Micro Red de Salud Puerto Ocopa y la Municipalidad Distrital de Río Tambo, se reconoce su importancia, especialmente para el personal nuevo que llega a la jurisdicción.

Asimismo, la mayoría del personal de salud consiste en técnicos de enfermería, provenientes de zonas aledañas, aunque en los últimos años, debido a la instalación de un instituto de formación técnica, se está contando con personal capacitado de la zona.

El personal técnico, tampoco recibe capacitaciones, y carece de oportunidades de aprendizaje, limitando de esta manera, el fortalecimiento de sus capacidades y competencias:

“Ahora en mi comunidad hay puesto de salud, pero sin embargo tenemos un técnico enfermero que no está preparado que ni siquiera sabe los primeros auxilios”.

Tesorero de la Central de comunidades asháninkas Río Ene

b. Sistema de contrataciones:

Los contratos para personal CAS pueden ser establecidos por un periodo de 6 meses, por lo que se observa cierta rotación del personal de salud, aunque no en la misma intensidad que en el caso de Condorcanqui. Esto ayuda a una mayor permanencia del personal de salud en la zona.

En relación a las contrataciones, el personal CAS manifiesta que puede ser rotado de manera interna sin consulta alguna entre un establecimiento y otro, y sin que esto figure en el contrato de trabajo o algún documento.

c. Gestión del tiempo y permanencia en la jurisdicción:

El personal de salud proviene en su mayoría de Ayacucho, Huancayo, Jauja u otras provincias andinas cercanas a Satipo, pues a nivel provincial no existe oferta de formación de personal de salud a nivel profesional, sino únicamente institutos de formación técnica de creación reciente.

Por ello, el personal de salud debe acumular sus días para salir a sus lugares de origen, dependiendo de la distancia de las comunidades nativas hacia la capital de Río Tambo (Puerto Remolino) y de los costos de transporte.

Generalmente cuando las comunidades son más cercanas, existe la posibilidad de salir en las fechas programadas y de manera mensual, sin embargo, el personal de salud que trabaja en las comunidades que se ubican a 5 horas a más por río, no tienen la misma posibilidad de salir, pues los altos costos de la movilidad, generalmente se lo imposibilitan.

El personal que trabaja en las zonas más alejadas se organiza para salir cada dos meses, pues de otra manera, generaría altos costos de movilidad en detrimento de sus honorarios.

Los días libres del personal se ven afectados también por la brecha de recursos humanos existente, por lo que a veces el personal tiene que permanecer más días en el puesto, a fin de que esté permanezca abierto.

“No se sale como quisieran todos, se salen cinco días al mes por la necesidad, porque si hubieran otros licenciados más saldríamos lo que nos corresponde. En los puestos, ellos salen cuando pueden porque el pasaje no es veinte soles, no quince, acá gastan hasta cien o doscientos soles en pasajes, prefieren salir cada dos meses”.

Responsable CRED- Micro Red de Salud Puerto Ocopa

Es por ello, que se deben considerar diferentes estrategias para reducir la carga al personal y brindarle las facilidades e incentivos, a fin de que puedan ser cubiertas las plazas en las comunidades. Algunas recomendaciones del personal de salud sugieren que exista una movilidad del sector salud que recoja al personal en determinados días y que los traslade hacia la ciudad, de manera que ellos eviten el alto costo de movilidad. Esto requeriría una adecuada organización de los días de salida, pero constituiría un incentivo para mejorar la satisfacción del personal de salud y hacer más atractiva la zona.

d. Remuneraciones:

Se reconoce que las remuneraciones no son competitivas en relación a las recibidas en las ciudades aledañas, como Jauja, Concepción o La Merced, pues la diferencia es en promedio de 100 o 200 soles mensuales, monto que no recompensa el trabajo en las comunidades de Río Tambo, pues para llegar a la zona se asumen altos gastos de transporte, que pueden ser de hasta 100 o 200 soles por cada salida.

En relación a la gestión institucional:

La gestión institucional desde la Red de Salud Satipo se ve limitada por el poco conocimiento del personal de salud de la realidad de Río Tambo y de las comunidades ashaninkas;

asimismo, tienen limitado conocimiento sobre las fases de programación en Programas Presupuestales y en el Presupuesto por Resultados.

Este desconocimiento se ve reflejado en la programación de compra de equipos e insumos, que no necesariamente responde a las necesidades de la zona. Un ejemplo es que recién se están adquiriendo los hemocues, que van a facilitar a la identificación de niños con anemia, a través de la medición rápida de la hemoglobina.

“Los puestos de salud no están bien implementados, no tienen medicamentos, no tienen ni siquiera para hacer peso y talla, debería existir lo más primordial ahí pero no hay. Te vas al puesto de salud, si tiene algo grave no te solucionan, cuando ahí debe haber algo para solucionar el malestar del paciente, pero sin embargo no puedes hacer nada, por más que ves que el personal de salud que trabaja en una comunidad esté preparado, pero si no tiene los implementos, no tiene los medicamentos no se puede trabajar de esa forma”.

Tesorero de la Central de Comunidades Ashaninkas del Río Ene

“En el 2014 intentamos, pero teníamos las puertas cerradas de quienes dirigían la Red, la DIRESA, de entender su mística de los hermanos ashaninkas, los que dirigían(...) para ellos no existía, la gran nación ashaninkna, no o éramos vistos, no nos enviaban los insumos correspondientes, resumiendo no había ni paracetamol, no había ni un papel toalla, no existía nada de eso, usábamos nuestros estetoscopios (personales) y los pocos que existían data de varios años, instrumentos para suturar no existían”.

Directora Micro red de Salud Puerto Ocopa

Aunque se menciona que la adquisición de equipos ha mejorado, aun es necesario fortalecer la programación, de tal forma que responda a la realidad de las necesidades en los establecimientos de salud ubicados en Río Tambo.

La débil programación encontrada en Satipo, contrasta con la de Condorcanqui- Amazonas, pues en este último caso, gracias a los Convenios EUROPAN y a la presencia de la coordinadora local de SIGA - PpR se han mejorado las capacidades de programación, y mejorado el equipamiento y suministro de insumos en todos los establecimientos de salud, incluidos los de categoría I-1.

En relación al monitoreo institucional:

El monitoreo institucional se realiza desde la Red de Satipo hacia las Micro Redes, generalmente a la de Puerto Ocopa y como en el caso de Condorcanqui, se limita a la verificación del cumplimiento de llenado de fichas, y la gestión administrativa, no así a la asistencia técnica y acompañamiento que podrían tener algún impacto en la mejora del servicio de salud y la atención a la población.

Desde la Micro Red de Salud de Puerto Ocopa, también se realiza monitoreo a los establecimientos, aunque éstos tengan las limitaciones del combustible y recursos. Este monitoreo prioriza el manejo administrativo y el cumplimiento de metas.

Por ello, es evidente que se hace necesario que se fortalezcan capacidades desde la Región y a nivel nacional, a fin que el monitoreo cumpla con su objetivo de apoyo técnico y capacitación en el servicio.

En relación a los servicios básicos en los establecimientos de salud:

Varios establecimientos de salud no cuentan con servicios básicos, como los de agua y luz, así como de señal para líneas de celular; ello constituye un factor de desaliento al personal para su permanencia en comunidades con estas características.

8.5. Barreras al acceso oportuno de CRED, inmunizaciones, suplementación con hierro y SIS

Disponibilidad de los servicios:

La disponibilidad se entiende como la relación entre el volumen y tipo de servicios existentes frente al volumen y necesidades de la población objetivo. La disponibilidad de servicios de salud en Río Tambo es principalmente de establecimientos de salud de tipo I-1 y I-2. En estos establecimientos labora personal técnico y a diferencia de Condorcanqui, no existe una presencia significativa de personal profesional sanitario en esta zona.

Las dificultades encontradas en Río Tambo son similares a las de Condorcanqui, pues existe una brecha de recursos humanos, que no logra cubrir las necesidades de atención preventiva y promocional. Solo se llega a cubrir las atenciones extramurales, a través de las Atenciones Integrales en Salud que se programan únicamente una vez al mes. Esto no permite realizar actividades como visitas domiciliarias u otras, que logren impactos positivos en la población.

La brecha de recursos humanos, puede afectar inclusive al funcionamiento normal de los establecimientos que han sido catalogados como Micro Redes, como son de los de Poyeni y Valle Esmeralda, pues a la fecha no pueden actuar como tales al no contar con equipo completo para realizar las acciones respectivas.

Inclusive, dado que el número de establecimientos de salud es limitado en el distrito, el GL de Río Tambo ha optado por instalar botiquines comunales y puestos de salud satélites con su respectivo personal que ayudan a tratar enfermedades simples pero frecuentes, como son la diarrea, el resfrío, entre otros.

Accesibilidad de los servicios:

Las barreras de accesibilidad están referidas a aquellas que obstaculizan que los individuos o grupos de pobladores accedan a la oferta programática; estas barreras se dividen en accesibilidad física, financiera y organizativa o administrativa.

En relación a la **accesibilidad física o geográfica**, las comunidades nativas o los centros poblados que tienen un establecimiento de salud, no tienen problemas de accesibilidad física o geográfica. Sin embargo, los anexos de las comunidades nativas o de los centros poblados, presentan barreras geográficas para acceder a éste.

Si bien es cierto que los servicios de salud tratan de realizar algunas estrategias para acercar el servicio de salud a la población, éstas resultan insuficientes. En el caso de los AIS, ésta atención itinerante se orienta más a la atención de niños y sus controles, inmunizaciones y suplementación con multimicronutrientes.

Otra de las estrategias para reducir estas barreras de acceso físico son los AISPED (Equipos de Atención Integral de Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas). Actualmente, en Río Tambo se cuenta con dos brigadas AISPED, sin embargo, son equipos que no están completos y resultan insuficientes, considerando la dispersión de las comunidades ashaninkas.

Se reconoce que los equipos AISPED han ido disminuyendo por el nombramiento de algunos de sus integrantes en puestos fijos, los que por lo tanto han pasado a formar parte de un establecimiento de salud. En estos casos, pese a que en el presupuesto se siga afectando a la partida de los AISPED, en realidad se usa para pagar al personal fijo de los establecimientos.

Las barreras físicas se reflejan también en que a muchas de las comunidades se llega por vía fluvial o tras largas horas de camino, por lo que muchas familias prefieren no acudir al establecimiento de salud, pues ello supone dejar de realizar sus actividades económicas.

Ante cualquier tipo de eventualidad o incidente en salud en las comunidades que están alejadas, los afectados se quedan muchas veces sin tratamiento, hasta que se agudiza la enfermedad.

“Cuando hay emergencia viene, llamamos con radio comunicación a Puerto Ocopa en salud, acá no tenemos medicamentos, suben con bote, hay carretera pero carretera está barro, más seguro es por bote. Lo que le falta a la comunidad es botiquín, le pica una culebra, si quiera algo para aplicar, porque demora para llamar, tres horas con bote”.

Agente comunitario de salud de la comunidad nativa de Kirishiari

El acceso por vía fluvial, encarece el transporte lo que esto se traduce en una **barrera financiera**, por lo que muchas veces se accede a los establecimientos solo cuando hay alguna emergencia.

“El pasaje está cien soles en bote, como es de la comunidad no cobramos todos, a veces con platita ponemos gasolina. Si hay alguna emergencia tenemos radio para llamarlo, le llamo al toque y emergencia viene”.

Padre de familia- Comunidad Nativa de Kirishiari

En relación a las **barreras organizacionales**, estas son variables, pues existen establecimientos de salud que tienen una mayor coordinación con la población, por lo que la organización de las atenciones integrales de salud se establece para fechas fijas y se coordinan con el promotor de salud o el presidente de salud.

“Vamos un cinco, fechas ya establecidas, si ese día llovió no pudieron venir, ese es uno de los problemas, se ha tratado de no decepcionar de no fallar allá, nos vamos Shamaniato, Shimabenzo, allí dormimos, temprano nos levantamos, hay gente que si por necesidad no pueden ir a sus chacras”.

Responsable de Crecimiento y Desarrollo- Micro Red de Salud Puerto Ocopa

El tener fechas fijas ayuda a establecer vínculos de confianza con la población y es una de los elementos del buen trato y del respeto a los compromisos con la población.

“Ya saben todos que hora llega y cuando viene, nosotros nos avisa, tal día voy a venir, cuando me tratan bien, siento orgulloso, alegre, por eso estamos nosotros así”.

Padre de familia Kirishiari

Sin embargo, en otros casos las fechas son variables, lo que dificulta no solo la atención en los anexos a los que se visita, sino también en el mismo establecimiento. Ello genera malestar, pues no hay atención en el EESS durante el día de las salidas de atención de AIS y las personas no han sido informadas sobre ello por el establecimiento.

Aceptabilidad de los servicios:

La aceptabilidad de los servicios está referida al grado en que la población o grupos sociales específicos aceptan los servicios, aumentando o disminuyendo la probabilidad que hagan uso de ellos.

En contraste con las comunidades awajún ubicadas en Condorcanqui, donde es habitual encontrar un fuerte rechazo hacia los servicios de salud, en los ashaninkas no se percibe esto; al contrario, el rechazo se vincula más a la poca apertura del personal de salud o al trato que brinde éste. La cita siguiente ilustra este punto:

“Si viene todo, toda mayoría viene (A la atención Integral de Salud), acá si nosotros viene todo, mayoría viene, acá somos nosotros un poco más o menos estamos civilizando con los niños (Al control CRED)”.

Padre de familia 1- Comunidad Nativa Kirishirari

De igual manera, no se identifica un discurso contrario hacia el servicio de crecimiento y desarrollo (CRED), vacunas o suplementación. Este tipo de barreras ha sido superado, y puede estar vinculado a la actuación del presidente de salud, a la incorporación de los aspectos de salud y educación en el quehacer comunal y al apoyo que se brinda a los establecimientos. Así también, se relaciona con la percepción de los ashaninkas sobre sus

derechos de atención y sobre la percepción de la “civilización” como algo positivo que incluye el uso de los servicios del Estado (especialmente los de educación y salud).

Ello da muestra de una mayor apertura en las comunidades ashaninkas a los servicios públicos y a la modernidad, aunque ello no niega la persistencia de algunas barreras culturales, como señalamos a continuación. Al igual que en Condorcanqui, las barreras principales para la aceptabilidad tienen que ver con la **débil adecuación cultural** del servicio de salud con la cultura de la población indígena, pese a esfuerzos aislados en algunos establecimientos de salud. La mayoría el personal de salud no entiende el idioma ashaninka aunque la mayoría de estos son bilingües. Inclusive, muchas veces la población es criticada por el tipo de alimentación que tienen, pues es frecuente el consumo de ciertos tipos de gusanos, al cual el personal de salud atribuye la presencia de diarreas percibiendo a estos alimentos como animales “sucios”.

El desconocimiento del idioma también constituye una dificultad para el entendimiento entre la población y el personal, pues pese al mayor bilingüismo, en las comunidades nativas, las mujeres hablan prioritariamente ashaninka. Pese a ello, las orientaciones en salud se realizan principalmente en castellano y no son comprendidas por la población.

“En la cuenca del río Ene la mayoría de las mujeres ashaninkas tienen el temor de atender en el puesto de salud porque no hay entendimiento en el idioma, la mayoría de las mamás no entienden el idioma castellano”.

Tesorero de la CARE

Esto se ve agudizado por la rotación del personal, aunque se debe señalar que ésta en líneas generales es menor a la reportada en las comunidades awajún. Esta rotación afecta la comprensión y el conocimiento de la cosmovisión ashaninka.

“Es mucho de cómo el personal de salud llega, hay comunidades que tienen uno o dos años, pero también tenemos muchísimo personal que es el SERUMS, que ellos están con esa lógica, no entienden por ejemplo cuando les dicen después del alimento, porque en las comunidades nativas no hay desayuno, almuerzo y cena, sino que pueden estar tomando los alimentos como el masato cada media hora”.

Tesorero de la Central de comunidades asháninkas del Río Ene

En Río Tambo hay presencia de curanderos tradicionales como “vaporizadoras”, “sobadoras”, en su mayoría mujeres ashaninka quienes son consultadas por algunas enfermedades, así también es frecuente que las comunidades nativas empleen plantas tradicionales como el piri piri usado en el trabajo de parto. Generalmente estas prácticas tradicionales no son reconocidas ni valoradas por el personal de salud, salvo algunas excepciones donde se ha iniciado un acercamiento intercultural a la población. Esto responde al esfuerzo de la Jefatura de la Micro Red, sin embargo, no son políticas consistentes desde la Red de Salud o el Gobierno Regional, por ello son solo esfuerzos locales que deben recibir el respaldo necesario a fin de que sean institucionalizados y sostenidos.

“Se vive el mundo de las plantas tradicionales, piri piri, cuidamos que no se dé el piri piri antes del tiempo necesario, generalmente no le damos antes de la dilatación 6, así evitamos la complicación del parto, todavía nos cuesta porque muchos desobedecen”.

Médico Jefe de la Micro Red Puerto Ocopa

La atención intercultural en salud es un tema central que preocupa no solo a la Micro Red de Salud, sino a la Municipalidad Distrital de Río Tambo, aunque este enfoque aun no logra enraizarse en los establecimientos de salud. Las centrales ashaninkas también muestran un gran interés, pues comprenden que las políticas de salud, en tanto no sean interculturales, no podrán generar los impactos necesarios en su calidad de vida.

“El tema de salud nosotros estamos trabajando desde los años anteriores que llevo el cargo aquí, estamos viendo cómo podemos incluir el tema de servicios de salud intercultural, porque

nos hemos dado cuenta que durante estos años de intervención de que el Estado no son efectivas”.

Tesorero de la Central de las comunidades ashaninkas del Río Ene

Así también, se percibe que los medicamentos empleados en los establecimientos de salud son inferiores a los que expenden las farmacias, es por ello que la población prefiere comprar sus medicamentos cada vez que pueda acceder geográficamente y económicamente a ésta.

“A no vas a ir al hospital vas a ir a una farmacia, pero para que vayas, una farmacia vas a tener ingresos económicos para que tengas una buena pastilla porque en el hospital solo te dan calmantes, son medicinas genéricas”.

Presidente de la Central de comunidades ashaninkas del Río Tambo

Concluyendo, en cuanto a la aceptabilidad no hemos encontrado en ninguna de las dos zonas estudiadas, una estrategia explícita por incorporar y aprovechar los recursos tradicionales de salud (conocimientos y personal) lo que sin duda facilitaría y reforzaría la efectividad de la intervención sanitaria y su aceptación entre la población indígena.

Utilización de los servicios (contactos entre proveedores y la población local):

Las barreras de contacto se relacionan específicamente con el contacto del individuo o grupo con el servicio o programa. De la satisfacción y resultados del primer contacto con los servicios de salud, se definirá en gran parte el segundo contacto, la adherencia a los programas o el abandono de ellos.

En relación al servicio de Crecimiento y Desarrollo (CRED):

El servicio de crecimiento y desarrollo no presenta barreras culturales para su realización, las madres llevan a sus hijos al servicio de salud. Uno de los factores que contribuye a esto es el Programa JUNTOS y la condicionalidad del cumplimiento de los controles CRED. No son solo las madres que son beneficiarias del Programa JUNTOS las que acuden al CRED, sino que también otras madres que no están dentro de éste programa acuden a los servicios o a las atenciones integrales de salud para que sus niños sean atendidos.

Encontramos que esta práctica es vista por los ashaninka como algo que los acerca a un nivel de vida más “civilizado” o moderno y que esta valoración motiva e influye para que acudan al CRED.

“Si viene todo, toda mayoría viene (A la atención Integral de Salud), acá si nosotros viene todo, mayoría viene, acá somos nosotros un poco más o menos estamos civilizando con los niños (Al control CRED)”.

Padre de familia 1- Comunidad Nativa Kirishirari

Algunas madres, especialmente las que viven en centros poblados, pueden estar a la expectativa si su hijo incrementó de peso o no, aunque no pregunten sobre las prácticas que deben realizarse para el adecuado cuidado y alimentación del niño.

“Con crecimiento y desarrollo no hay muchas barreras, se ven presionadas por JUNTOS, de que acceden obligadas o por presión, no por saber tanto el diagnóstico, solo si creció o no creció, si subió o no. Pero todo en global casi no, nosotros vemos si está con anemia, parasitosis, pero eso no preguntan.

Responsable CRED - Micro Red Puerto Ocopa

Éstas constituyen diferencias importantes en relación a las comunidades awajún, pues las madres ashaninkas acuden a las atenciones, inclusive no estando inscritos en JUNTOS. Así se considera a esta como una buena práctica.

Esta aceptación del CRED se reconoce como resultado del apoyo y de la labor del personal de JUNTOS que incide en la importancia de acudir a los controles de niño sano.

“Gracias a la labor de Eva, ha ido explicando que no solo es pesar y tallar, sino también saber cómo están”.

Responsable CRED- Micro Red de Salud Puerto Ocopa

Pese a ello, aún es fundamental seguir incidiendo sobre la importancia del CRED en las comunidades nativas, así como explicar las causas de la desnutrición infantil y su relación con la talla y el peso, pues muchos pobladores manifiestan que en la zona no existe desnutrición crónica, aunque haya niños con bajo peso o talla. Esto evidencia el desconocimiento de la población sobre la desnutrición infantil.

“Acá no hay desnutrición, acá son sanos, sanos son los niños”.

Padre de familia- Comunidad Nativa de Kirishiani

Esta es también una de las diferencias encontradas con las comunidades awajún, donde ya se empieza a hablar de la desnutrición crónica como un problema de salud, sobre todo en las comunidades donde se han realizado las asambleas descentralizadas, lideradas por el monitoreo social como ya hemos descrito.

Seguro Integral de Salud (SIS):

Las barreras encontradas en cuanto al acceso al SIS, son debidas a que los niños no cuentan con DNI, pese a que la norma permite la afiliación temporal hasta por 45 días⁶⁷. Gracias a las campañas realizadas con GRIAS- RENIEC y la Oficina de Registro Civil de la comunidad esta situación se está revirtiendo poco a poco. Esto ha sido facilitado en cierta medida por el decreto supremo que establece la afiliación temporal, sin DNI, aunque ésta afiliación solo tenga una vigencia establecida. En Río Tambo, muchas familias no conocen aún esta oportunidad para la afiliación temporal, inclusive se encuentra personal de salud que desconoce esta normativa.

Por el contrario, en Condorcanqui los establecimientos de salud están al tanto de este dispositivo; las reuniones intersectoriales, así como los Foros y asambleas desconcentradas han contribuido en gran medida a esto, pues al monitorear la cobertura del SIS, se difunde también entre todos los actores incluyendo a la población local. Este tipo de estrategia participativa de información y comunicación está ausente en Satipo pese a que se podría implementar dado el denso tejido organizativo de los ashaninka. Asimismo, las asambleas descentralizadas, contribuyen que la población tenga conocimiento sobre la afiliación temporal. La verificación del padrón nominal, permite asimismo identificar previamente a los niños que no tienen DNI para su incorporación al SIS.

Aunque las barreras a la afiliación se estén contrarrestando de alguna manera con acciones del GRIAS- RENIEC y el decreto supremo que permite la afiliación temporal; un desafío pendiente es el uso del Seguro Integral de Salud, especialmente cuando se trata de internamiento, o traslados, entre otros problemas de salud.

“Para que se puedan atenderse acá nosotros tenemos que llevarlos a la Defensoría del Pueblo o sea no te atienden fácilmente, viene un paciente de gravedad te tiene que hacer esperar para que te puedan atender, y si no tienes SIS peor aún todavía”.

Tesorero de la CART

8.6. Acceso a servicios de identidad

En Satipo, a diferencia de Condorcanqui, no existe una oficina de GRIAS- RENIEC, pese a esto, la Oficina de Registro Civil de la Municipalidad Distrital de Río Tambo, tiene una estrecha comunicación con GRIAS-Lima.

⁶⁷D.L. N° 1164. Decreto Legislativo que establece disposiciones para la extensión de la cobertura poblacional del Seguro Integral de Salud en materia de afiliación al Régimen de Financiamiento Subsidiado. El artículo 5° establece la afiliación temporal de personas no inscritas en RENIEC, donde se incluyen las comunidades indígenas. Decreto Promulgado en diciembre de 2013.

Río Tambo cuenta con 29 oficinas de registro civil, de las cuales 22 se ubican en comunidades nativas y 7 en centros poblados; así como de una oficina principal de Registro Civil dentro de la Municipalidad, que administra las 29 ORECS. A diferencia de los registradores civiles de las comunidades de Nieva, la Municipalidad Distrital de Río Tambo no brinda ningún pago a los registradores comunales, por ello estos tienen días de atención establecidos en las comunidades, generalmente un día la semana.

La oferta fija está dada por la RENIEC en Satipo, la cual es poco accesible, pues implica costos de traslado, de alimentación y otros.

A través de la oferta con GRIAS, se organizan en conjunto con la Municipalidad 3 salidas por año para cada cuenca; es decir se realizan 3 campañas de identidad en las comunidades del Río Ene, 3 en el Río Tambo y 3 en el Perené.

El costo para la realización de estas campañas en las comunidades ashaninkas es alto, pues el desplazamiento es por vía fluvial y con transporte expresamente contratado. En éstas campañas solo va el personal de GRIAS y de la Oficina de Registro Civil de Río Tambo, en contraste con Nieva, donde las campañas agrupan a una serie de actores, permitiendo que se aprovechen mejor los recursos y se brinde una atención multisectorial a la población, optimizando también el tiempo para ellos. Posteriormente, las fichas y registros llenados durante las campañas son enviados a la ciudad de Huancayo y luego a la ciudad de Lima. Por ello, el trámite del DNI demora en promedio dos meses; esta situación imposibilita el acceso oportuno al DNI.

En relación a las barreras en la comunidad para la obtención del DNI, una de ellas es el parto domiciliario, pues éste es frecuente en la zona. El registrador puede incidir en que la madre acuda al centro de salud antes de los 15 días para obtener su certificado de nacido vivo (CNV), sin embargo, muchas de ellas no lo hacen. Actualmente, debido a las normativas que facilitan el tramitar el DNI con documentos alternativos al CNV, se ha reducido esta barrera.

Las barreras culturales no son comunes en la zona, salvo determinadas excepciones que manifiestan el no querer contar con DNI si su hijo es pequeño, pues prefieren que esté más grande para que lo reciba, debido a que no saben si el niño “se va a lograr o sobrevivir” durante el periodo de la primera infancia. A pesar de esto, lo habitual es encontrar en Satipo que las familias quieren contar con DNI para sus niñas y niños. Esto puede responder a que quieren beneficiarse del Programa JUNTOS.

La Oficina de Registro Civil en Río Tambo tiene a su cargo el padrón nominal, aunque éste no se emplea con frecuencia para la identificación de niños que deben ser atendidos, tanto en las campañas como en las oficinas de registro civil en la comunidad. A pesar de que se mantiene actualizado, no se utiliza como un instrumento para la vigilancia de la indocumentación, por lo que hace falta asistencia técnica a fin de que se maximice el uso de esta base de datos. Esto contrasta con Nieva, donde se usa el padrón nominal para identificar las brechas de niños no documentados y calcular las atenciones a brindar, así como de comunicar a los registradores civiles los niños que no cuentan con DNI.

De ello se desprende que no es suficiente contar con el padrón nominal actualizado, sino que es vital además recibir asistencia técnica para lograr usar el padrón nominal como herramienta de gestión para el planeamiento y monitoreo de diferentes acciones. Además de ello, a nivel institucional el padrón nominal no se encuentra posicionado, esto se refleja en que durante el presente año, la oficina de Presupuesto de Río Tambo, había destinado recursos insuficientes para su funcionamiento.

Otra barrera, aunque particular de la zona y debido a la violencia política vivida años atrás, es que no se cuenta con actas o registros de identidad de muchas familias, pues fueron destruidas en actos de terrorismo.

Concluyendo, aun es necesario que se realicen más campañas anuales para el registro de niñas y niños y la obtención del DNI, porque hay familias que, para obtenerlo, en cumplimiento de condiciones del Programa JUNTOS, entre otras razones, tienen que afrontar el costo de trasladarse hasta Satipo para la obtención de este documento. Otros desafíos son el capacitar a los registradores civiles, así como de brindarles un pago mensual y equipar mejor a las oficinas registrales.

8.7. Acceso a JUNTOS

Las comunidades ashaninkas son consideradas como pobres extremas, al igual que otras comunidades nativas reconocidas por el Ministerio de Cultura desde 2014 de acuerdo a la R.M. MIDIS No. 227-2014. Sin embargo, presentan algunas barreras de afiliación; en 2015, el distrito de Río Tambo ha sido considerado como no pobre, por lo cual ya no es posible la incorporación de nuevos usuarios. La identificación y clasificación para la incorporación de nuevos usuarios, supone entonces trámites adicionales. Recientemente se ha publicado una lista de comunidades amazónicas a beneficiar, aunque los gestores de JUNTOS manifiestan que existen algunas comunidades de la zona que no figuran en la lista publicada. Estos gestores locales no tienen la autoridad ni injerencia alguna para la clasificación en el SISFOH (Sistema de Focalización de Hogares) y por tanto no pueden incorporar nuevos usuarios ni comunidades a los beneficios de JUNTOS.

Esta situación reflejaría que existen aún retos a superar en cuanto a la clasificación de hogares e identificación de algunas de las comunidades nativas.

Otras barreras están vinculadas a la desinformación existente para la afiliación y a la débil coordinación de JUNTOS con la comunidad, en especial en las comunidades nativas más alejadas. En relación a ello, cabe señalar que el personal de JUNTOS puede estar encargado de varias comunidades a la vez y debido a la alta dispersión no se da abasto para atender a todas ellas. Ello crea malestar entre las familias indígenas de estas comunidades alejadas quienes sienten que deberían ser atendidas por este programa. Además, la oficina de JUNTOS está ubicada en Huancayo, y no se encuentra una en Satipo. Esto contrasta con la realidad de Nieva, pues en la provincia de Condorcanqui se encuentra un responsable provincial de JUNTOS. Esto dificulta las coordinaciones al no haber oficina provincial en Satipo que coordine desde allí las acciones en toda la provincia.

Es cierto sin embargo que la desinformación también se encuentra en Nieva- Condorcanqui, sin embargo, las asambleas desconcentradas permiten disminuir esta desinformación y canalizar las quejas en cuanto al personal y al funcionamiento del Programa JUNTOS en general.

Las barreras en relación al cumplimiento de corresponsabilidades en salud, están relacionadas a la brecha de recursos humanos, pues algunos establecimientos permanecen sin atención algunos días, cuando el personal sale de días libres o realiza las campañas de atención integral en salud. Es también una barrera la falta comunicación sobre fechas de las campañas de atención itinerante en las comunidades en las que no existe un establecimiento de salud. Las barreras pueden estar vinculadas también a la lejanía de las comunidades nativas y al difícil acceso a éstas y en general a las barreras descritas en la sección referida a los servicios de salud.

Como un medio de incentivar a la población, desde el nivel nacional, se ha implementado la estrategia de las visitas domiciliarias, que priorizan a las familias que muestran riesgos, como la desnutrición infantil, anemia y problemas de cumplimiento de las corresponsabilidades. Esta estrategia permite abordar temas de violencia familiar, los cuales tratan de ser canalizados hacia la DEMUNA en Río Tambo. Sin embargo, debido a la lejanía no se puede lograr el seguimiento requerido. En estas visitas, el personal de JUNTOS también aborda el tema de alimentación, suplementación y desnutrición infantil.

9. CONCLUSIONES

La población indígena (PI) a nivel nacional

Los datos oficiales definen a la población indígena a partir de la lengua materna, medida por la lengua predominante en el hogar durante la infancia del informante. Esta definición de “lo indígena” implica sesgos de declaración y está afectada por los procesos de modernización (migración, acceso a la educación y urbanización) y por los efectos culturales de la discriminación y el menor prestigio de lo indígena que pueden llevar al informante a negar o no declarar la lengua materna real. Estas limitaciones deben tenerse en cuenta al momento de interpretar los datos que se ofrecen a continuación.

- 1) La población que declara como lengua materna al quechua o aymara viene descendiendo desde hace varias décadas en el país; del 15.3% al 14.4% para los quechua-hablantes y del 1.9% al 1.7% para los aymara-hablantes como porcentaje de la población total mayor de 3 años entre 2007 y 2015. Por el contrario, el peso de la población con lenguas amazónicas creció del 0.7% al 0.9% como proporción de la población nacional mayor de 3 años durante el mismo período.
- 2) Este descenso en la proporción de PI andina puede deberse a un sesgo declarativo resultado de su mayor integración a la sociedad moderna que desvaloriza y atribuye menor prestigio al hecho de ser indígena. Por el contrario, entre los indígenas amazónicos este proceso de negación de la lengua materna podría ser menor debido a su menor integración y “occidentalización”. Esta aparente tendencia creciente se condice con la mayor fecundidad de la PI amazónica (33% mayor a la de los castellano hablantes) y a la mejora de sus expectativas de vida, factores que contribuyen a su mayor crecimiento demográfico.
- 3) En la PI andina se aprecia un proceso de feminización (bajas tasas de masculinidad: 87.7 varones/100 mujeres entre los aymara-hablantes, y 94.3 varones/100 mujeres entre los quechua hablantes) y alta proporción de adultos mayores de 60 años (37% entre los quechuas y 27 % entre los aymara frente al 12% entre los castellano-hablantes). Por ello en la PI andina podemos hablar de un “envejecimiento étnico” producto de una menor declaración y reconocimiento de la LM entre los jóvenes especialmente los varones. Ello contrasta con al PI amazónica cuya tasa de masculinidad es 100.3 varones/100 mujeres y en la que la proporción de adultos mayores es menor al 6% de su población.
- 4) En la PI con lenguas maternas andinas se aprecia un proceso creciente de urbanización, debido especialmente a su migración hacia las ciudades: entre los quechua-hablantes el 51% reside en centros urbanos, mientras que entre los aymara-hablantes es el 47%. En contraste, la PI amazónica es predominantemente rural: solo el 12.5% residen en poblados considerados urbanos.
- 5) En cuanto a los niveles educativos, aún en 2015 persistían fuertes brechas entre la población indígena y la no indígena a nivel nacional. Es así que entre la PI amazónica el 44% de los mayores de 15 años solo alcanza primaria incompleta; entre los quechuas es el 42% y entre los aymara el 36%; ello contrasta con la población no-indígena en la que menos del 13% tienen solo primaria incompleta. Los bajos niveles educativos se aprecian también por las tasas de analfabetismo: 22% entre la PI amazónica mayor de 15 años; 21.6 entre los quechua-hablantes y 18% entre los aymara-hablantes. Entre la población no-indígena del mismo grupo de edad el analfabetismo es mucho menor: 4.2%.
- 6) En cuanto a indicadores de salud, la DCI en menores de 5 años se ha reducido a nivel nacional en un 26% entre 2011 y 2015⁶⁸. En cuanto a la PI solo entre los quechua-hablantes se ha logrado una tasa de descenso similar (32% o 16 p.p.) entre 2009 y 2015, en tanto que entre los aymaras y amazónicos el descenso ha sido muy modesto; 2.8 p.p. y 4.7 p.p. respectivamente. Por tanto, las brechas según grupo étnico se han

⁶⁸ INEI. ENDES 2015 con base a patrón OMS . Cuadro 10.17 y 10.18 pág.312-313. Lima 2016.

incrementado para los amazónicos cuya tasa de DCI es 4 veces mayor que las de los que hablan castellano, y para los aymaras cuya tasa de DCI es 1.5 veces mayor. En el caso de la PI quechua-hablante la brecha en este indicador con los no-indígenas se ha reducido, pero sigue siendo alta: 2.3 veces mayor. Cabe notar que entre las niñas y niños de lenguas amazónicas la DCI es 2.5 veces mayor que entre los niños aymara y 1.4 veces mayor que entre los quechuas, revelando esta brecha la prioridad por enfocar los esfuerzos en la reducción de la DCI en esa región. El indicador de bajo peso al nacer no revela brechas por etnicidad, más bien parece haberse incrementado o estancado entre todos los grupos étnicos en los últimos años. Esto amerita una evaluación específica.

La población indígena en las zonas de estudio: condiciones de vida y seguro de salud

Las dos zonas de estudio, Condorcanqui-Nieva (zona de intervención) y Satipo-Río Tambo (zona de comparación) son habitadas por poblaciones awajún-wampi y asháninka respectivamente. A continuación, presentamos las conclusiones principales sobre los niveles de vida y acceso al aseguramiento en salud de estos grupos indígenas.

- 7) La mayoría de los indígenas de estas zonas habitan viviendas con piso de tierra (80%), no tienen agua potable (75%) ni desagüe en su vivienda (más del 99%) y cocinan con leña o materiales contaminantes (99%). El acceso al agua potable en la vivienda es mayor para la PI de Nieva que para la de Río Tambo, pero las viviendas con pisos precarios tienen un peso mayor en la zona de intervención. La ausencia de desagüe (y servicios higiénicos) es generalizada en las viviendas indígenas de ambos distritos. Estas carencias afectan sin duda a la niñez haciéndola más susceptible de enfermedades infecciosas y diarrea lo que contribuye a mantener alto el nivel de DCI.
- 8) Los niveles de escolaridad son similares en ambos distritos para los mayores de 15 años; tanto los awajún de Nieva como los asháninka de Río Tambo tienen menos de 4 años de escolaridad en promedio por lo que el nivel típico de educación es de primaria incompleta. Es probable que este nivel educativo sea aún menor entre las madres, por lo que la comunicación y orientación por medios escritos en temas del cuidado infantil es poco efectiva. Además, debe considerarse las barreras de idioma y la preeminencia de la oralidad.
- 9) Las familias indígenas de ambas zonas son numerosas (5.3 miembros/hogar en Río Tambo y 5,7 en Nieva) y con altas tasas de dependencia (entre 43% y 47% de su población no está en edad de trabajar). Ello se debe a la alta proporción de menores y significa una mayor carga económica para sus padres, por ello su temprana incorporación al trabajo productivo en el campo.
- 10) La cobertura del SIS es significativamente mayor en la zona de intervención; poco más del 85% de las familias tiene al menos un miembro afiliado, en tanto que en la zona de comparación la cobertura del SIS es del 77%. Ello es un indicador tanto de los menores niveles de vida en la zona awajún por ser el SIS un programa focalizado en los más pobres, y en alguna medida del esfuerzo del proyecto SWAP en la zona de intervención pese a sus mayores barreras de acceso físico y cultural.

La población indígena infantil en las zonas de estudio: acceso a los servicios y programas

- 11) Casi la totalidad de los menores de 5 años en Nieva pertenecen a familias awajún (93.5%) en tanto que el 69% de las niñas y niños son parte de familias asháninka en Río Tambo. El acceso a documento de identidad, una de las intervenciones claves del proyecto SWAP, es mayor en el distrito intervenido a agosto 2016, sobre todo por la estrategia de acceso al CUI entre los menores de 1 año. En este distrito casi el 13% de los menores de un año y el 12% de los menores de 5 años están indocumentados. En

comparación, la indocumentación de niñas y niños es mayor en Río Tambo: casi 27% en menores de un año y 12.5% en menores de 5. La diferencia importante se da así entre los menores de 1 año y responde a la estrategia de documentación temprana basada en el monitoreo social desarrollada por el proyecto.

- 12) La cobertura de menores de 5 años afiliados al SIS es mayor en la zona de comparación. En Río Tambo hay casi 88% de afiliación en tanto que en Nieva es de 79%, pese al mayor crecimiento de la afiliación en el distrito intervenido. En éste último distrito encontramos un 18% de niñas y niños sin ningún tipo de seguro de salud.
- 13) La ampliación de cobertura de los programas sociales protectores, es decir orientados a proteger la salud y el acceso a servicios de identidad y educación básica, es otro de los objetivos del proyecto SWAP, en especial la afiliación a JUNTOS. Para los menores de 5 años awajún la cobertura de los 3 programas sociales considerados (JUNTOS, Qali Warma y Cuna Más) en el proyecto SWAP es mayor que entre las niñas y niños ashaninka; 46% versus 39% para el caso de JUNTOS, 17% vrs 0.7% de Qali Warma y 4% vrs 0.6% de Cuna Más. Llama la atención la baja cobertura. en ambas localidades de estos dos últimos, pese a que Qali Warma pretende ser un programa universal de alimentación escolar para todas las escuelas públicas del país
- 14) En cuanto al acceso a servicios de salud para los menores de 12 meses en los dos distritos trabajados, se encuentra entre diciembre 2013 y agosto 2016 una tendencia creciente en Nieva y una decreciente en Río Tambo. La cobertura de CRED completo se ha incrementado 8 veces en ambos distritos. La cobertura de las vacunas de rotavirus y neumococo es bastante mayor en el distrito intervenido por el proyecto que en el de control; 42% vrs 11% de los menores de un año hacia agosto/2016. También en Nieva es mayor el porcentaje de menores de doce meses que cumple con los 4 criterios del FED (CRED completo, dos vacunas y suplemento de hierro): 22% frente al 11% en Río Tambo. Sin embargo, incluso en el mejor de los dos casos, casi el 80% de los menores no cumple con las 4 condiciones del FED.
- 15) Para los menores de entre 12 y 14 meses la afiliación al SIS es numéricamente similar en ambas zonas durante el período considerado, pero la cobertura es mayor en el distrito intervenido por ser menos numerosa la población de este grupo etáreo. Se observa asimismo un acceso a MMN mucho mayor en Nieva (22% de las niñas y niños) que en Río Tambo (tan solo 6% de las niñas y niños) Sin embargo en ambos casos esta cobertura es todavía bastante baja.

Avances, barreras y retos del combate a la DCI en las dos zonas estudiadas

Las conclusiones siguientes se basan en el análisis cualitativo de los testimonios y evidencias recogidas durante el trabajo de campo tanto en la zona de intervención (Condorcanqui-Nieva) como en la de comparación (Satipo-Río Tambo).

Avances y retos del monitoreo social

- 16) El **monitoreo social** es una estrategia introducida por el proyecto en Condorcanqui a partir del 2014 que permite articular a autoridades locales, sociedad civil y sector público para enfrentar en forma más eficiente la DCI. Este mecanismo está presidido por el alcalde provincial (o su representante) y opera dando seguimiento a los 7 indicadores del PAN. Entre los logros del Gobierno Local está el haber establecido desde 2012 tres Centros de Promoción y Vigilancia Comunal orientados a promover la salud materno-infantil en los que operan 28 agentes comunitarios a cargo de un sectorista financiado por el GL. Sin embargo, el apoyo del sector salud a estos centros es débil, desaprovechándose así una oportunidad y espacio de trabajo extramural en salud.
- 17) Los factores detrás de los buenos resultados del monitoreo social son las metas compartidas, los incentivos presupuestales y las responsabilidades definidas. A partir del 2015, con la nueva administración en el GL provincial, este mecanismo de gestión coordinada se ha fortalecido contribuyendo en cierta medida a mejores resultados en los indicadores de identidad, afiliación al SIS y a programas sociales como JUNTOS, así como en los indicadores de salud (CRED, vacunas y acceso a suplemento de hierro) para las niñas y niños awajún.
- 18) En Satipo-Río Tambo, pese al mayor capital social y fortaleza de las directivas comunales y mejor nivel organizativo de los ashaninka (encarnada en las Centrales Indígenas), no se ha implantado el monitoreo social. Lo que existe es una Mesa de Trabajo creada recientemente que está presidida por los alcaldes e integrada por funcionarios del MIDIS, educación salud y Comando Conjunto (por ser parte del VRAE). La prioridad de esta Mesa es la salud integral y no la DCI. A nivel del GL se considera a la DCI como uno de los problemas de salud en el distrito, pero el abordaje es vía acceso a agua y saneamiento y no vía los indicadores del PAN como en Condorcanqui. Sin embargo, desde el GL se han creado y apoyado 29 puestos de salud satélites a cargo de 29 técnicos sanitarios ashaninka.
- 19) Pese al denso tejido social ashaninka, (en cada directiva comunal existe un presidente para temas de salud y otro para educación), el vínculo con el sector salud es débil pues sus funcionarios no reconocen ni valoran lo suficiente a los dirigentes indígenas en sus reclamos y pedidos. Esta es una oportunidad perdida para replicar y escalar la estrategia de monitoreo social en esta región.
- 20) En Condorcanqui-Nieva el monitoreo social ha empleado con éxito dos herramientas: el padrón nominado como herramienta compartida que permite la convergencia de esfuerzos en la atención niñas y niños, los foros y asambleas desconcentradas. Estas últimas permiten “bajar” a cada comunidad y articular la oferta de servicios e intervenciones públicas (en la primera asamblea) con las demandas de la población local (en la segunda de estas). Sin embargo, los informantes coinciden en señalar que es necesario reforzar la capacitación tanto del personal local de salud como de los líderes indígenas para consolidar el monitoreo social. La experiencia de monitoreo social podría replicarse en Satipo debido a la pre-existencia de redes e instancias de concertación en salud.
- 21) Los retos para consolidar el monitoreo social son: asegurar los recursos presupuestales de cada sector participantes, institucionalizarlo como órgano de apoyo del GL, contar con la asistencia técnica y normativa desde el GORE, mejorar la articulación operativa entre los funcionarios locales de salud y educación y disminuir la alta rotación de directivos en las instituciones públicas participantes.

Factores que facilitan o dificultan el acceso a servicios

- 22) El mayor obstáculo para la mejora de los servicios de salud en ambas regiones, tiene que ver con los recursos humanos. Entre los problemas encontrados el primero es la alta rotación del personal, tanto directivo (tres cambios en este año del Director de la Red Condorcanqui) como asistencial. Esta alta rotación, se debe a que la mayoría de estos profesionales viven fuera de la región y les toma varios días llegar a sus hogares, por ello se quejan de no contar con los días de descanso que le corresponden y del alto costo de la movilidad hacia éstos. En cuanto a las remuneraciones, al haberse homologado éstas con las del personal que labora en ciudades, ha desaparecido este incentivo. La mayoría del personal profesional o técnico en Condorcanqui tiene contratos por 3 meses y en Satipo por 6 meses por lo que la rotación de personal es menor en esta última. Sin embargo, persiste la volatilidad del personal más capacitado lo que atenta contra la creación de lazos personales de confianza y reconocimiento, factores claves para la buena calidad de la atención en salud. Otro factor es la falta de incentivos no monetarios como la capacitación que no es ofrecida por la DIRESA o la Red, pues en la zona no hay oferta privada de capacitación en salud. La ausencia de centros educativos de calidad, en especial en secundaria, es otro factor de expulsión para los profesionales que tienen hijos en edad escolar. Además, estos profesionales no reciben un curso de inducción sobre salud intercultural y aspectos de la cultura local cuando asumen el puesto. Para solucionar la falta de personal hace unos 5 años en Condorcanqui se contrataron técnicos sanitarios awajún, pero no se ha continuado con su capacitación por lo que no cuentan con las competencias necesarias para realizar su trabajo de forma segura y efectiva.
- 23) En cuanto a problemas de gestión de personal en los establecimientos de salud, como se ha indicado, faltan incentivos para su permanencia. Además el personal asistencial señala una sobre-carga administrativa que les resta tiempo para la atención y sobre todo para labores extramurales de proyección a la comunidad en temas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud. Esto último también se ve afectado en ambas regiones por la falta de presupuesto (viáticos y movilidad) así como por el desconocimiento de la cultura y el idioma local por parte de estos profesionales.
- 24) Otros problemas de gestión en ambas regiones tienen que ver con la falta de monitoreo y apoyo técnico de la Red hacia las Micro-Redes, el mismo que es poco frecuente. Se enfatiza más el control administrativo que el acompañamiento y capacitación operativa. Además, algunos establecimientos de salud como el de Kigkis en Nieva, carecen de agua, desagüe y luz.

Barreras al acceso oportuno de CRED, inmunizaciones, suplementación con hierro y SIS

- 25) En cuanto a la **disponibilidad** de los servicios de salud en Condorcanqui, la mayoría de establecimientos son de primer nivel (I-1) a cargo de un técnico sanitario con capacidad resolutive limitada y problemas logísticos para la referencia de casos complejos por las dificultades de transporte. Además, no cuentan con los medios e incentivos para el trabajo de promoción y extensión por lo que la atención es básicamente receptiva. Un problema serio detectado en el trabajo de campo es que muchos técnicos sanitarios awajún no están convencidos de las bondades de las vacunas o de los suplementos de hierro, por lo que no colaboran en su difusión ni promueven su aceptación. Tampoco están capacitados para el manejo adecuado de instrumentos como el hemoglobínómetro. En Nieva, gracias al proyecto los establecimientos de salud están mejor equipados que los de Satipo.
- 26) En cuanto a la **accesibilidad** a los servicios de salud en ambas zonas, las principales barreras son la distancia, el tiempo que le toma a la población indígena dispersa desplazarse, el elevado costo del pasaje y la falta de movilidad regular. Ello incide en la barrera financiera tanto por el costo alto del transporte y su impredecibilidad como por el

tiempo productivo que se pierde al realizar estos traslados. La estrategia de atención itinerante que funcionaba hasta 2013 desapareció para ser reemplazada por establecimientos satélites, pero estos no llegan a toda la población dispersa.

- 27) En lo referido a la **aceptabilidad** de los servicios de salud, las principales barreras son las culturales. Estas son de diverso tipo empezando por la barrera del idioma. Pocos profesionales de salud hablan el idioma local o lo entienden como para realizar un buen diagnóstico y menos aún, brindar orientación y consejería. En Río Tambo el problema es menos crítico pues hay mayor bilingüismo, sin embargo, entre las madres mayores predomina la lengua nativa. No se encontró evidencia del uso de materiales ad hoc como los desarrollados por la donación Japonesa en la zona de intervención. El apoyo de los técnicos sanitarios para la prevención o promoción de la salud en Nieva, (pese a que siendo nativos hablan la lengua local), es limitado pues no siempre están presentes en la consulta del CRED o de los micro-nutrientes, dedicándose más bien a labores administrativas o asistenciales. También se señala para ambas zonas barreras por el uso como ejemplos de alimentos desconocidos por la población indígena, la desvalorización y desconocimiento de prácticas y productos alimentarios locales y un trato que no brinda el tiempo ni el respeto debido a los pacientes. Habitualmente es la madre indígena la que acude a la consulta con sus hijos lo que tiene una doble implicancia: éstas tienen menor conocimiento del castellano y ello supone además la ausencia del padre en el tema de salud infantil. La consulta y la atención del menor resulta así “feminizada”. Una de las barreras culturales más importantes y difíciles de superar es la diferente concepción de salud-enfermedad que tienen los profesionales frente a la de los indígenas. Para la población nativa enfermedad y salud son categorías excluyentes por lo que les resulta difícil entender que las vitaminas, vacunas y suplementos de hierro no son medicinas y deben administrarse al niño sano. Esta percepción se agrava por los efectos secundarios que tienen algunas de estas, por lo que se piensa que enferman al niño. La falta de confianza en estos productos se refuerza por la alta rotación de personal profesional y por la poca convicción de los técnicos sanitarios indígenas sobre sus bondades y efectos, como ya se ha señalado
- 28) La **utilización** de los servicios de salud y de los productos que este ofrece es otra dimensión relevante para la salud infantil. La barrera de desconfianza y distancia cultural con los servicios de salud es mucho mayor en Nieva. En Río Tambo, por el contrario, se ha logrado superar esta y el acceso a los servicios ya es una demanda interiorizada en la población indígena. Respecto del CRED, en la medida que este control no implica el consumo de algún producto, es bastante aceptado tanto en Condorcanqui como en Satipo. La única dificultad tiene que ver con el respeto a los horarios y a las citas, en especial si la madre tiene más de un hijo menor de 5 años, pues usualmente se le dan dos citas separadas; una para cada hijo. El que el CRED sea un requisito para el bono de JUNTOS también facilita su aceptación. Caso distinto es el consumo de micro-nutrientes, en especial de las “chispitas”. Como no existe el concepto de prevención y la anemia no presenta síntomas obvios, el consumo de las mismas es poco consistente. Adicionalmente el que éstas deban ser mezcladas con alimentos sólidos a los cuales les pueden cambiar el sabor y ser rechazados por el menor, hace poco práctico su uso. También hay una serie de rumores, especialmente entre los awajún sobre el “daño” que estas producen. Es importante que los suplementos de hierro sean considerados alimentos y no medicina, además se requiere un mayor esfuerzo para explicar en qué consiste la anemia y las prácticas para su prevención.

- 29) En cuanto a las vacunas su aceptación especialmente entre los awajún, constituye un reto de adecuación intercultural aún más difícil que los MMN, por sus efectos secundarios, la necesidad de dosis completas y su efecto limitado en prevenir todas las enfermedades, así como por no poder asociarse ni a la categoría de alimento ni de medicamento. Por ello su aceptación supone un trabajo continuo y complejo por parte no solo de los servicios de salud, sino también de todos los programas que operan en la zona, en especial de JUNTOS pese a que esta no constituye una condición del programa
- 30) Respecto a la afiliación al SIS, una serie de mejoras administrativas han permitido que crezca su cobertura, especialmente en Condorcanqui. La posibilidad de digitar la información del recién nacido desde los establecimientos de salud y micro-redes por interconexión virtual ha facilitado el registro de sus datos y su adscripción al SIS. La mayor barrera para la afiliación al SIS es el rechazo al uso del servicio de salud entre muchas de las madres por las razones ya analizadas.

Factores que afectan el acceso a documentos de identidad

- 31) La multiplicación de ofertas en Condorcanqui en relación al servicio de identidad (Oficina distrital, 3 ORA en establecimientos de salud, equipos itinerantes y apoyo de registradores civiles en cada comunidad) está favoreciendo el cierre de brechas de identidad, especialmente en niños indígenas. A esto se le suma, la articulación e involucramiento, dinamizado por el Monitoreo Social, que en Condorcanqui ha impulsado la sensibilización y facilitado la identificación de personas indocumentadas, en especial de menores de 5 años.
- 32) El uso del padrón nominado también facilita la identificación de niñas y niños indocumentados cuando estos asisten a algún establecimiento de salud. Una buena práctica es la observada en Nueva Seasmie-Nieva por la cual, cuando los equipos de salud hacen servicio itinerante, incluyen en el mismo al registrador civil, quien documenta a niñas y niños y personas indocumentadas durante las visitas del equipo a los caseríos más alejados.
- 33) Entre las barreras a la documentación temprana de las niñas y niños está el de su utilidad. Para las madres que no están afiliadas al SIS y no acuden a los servicios de salud, el DNI se tramita por “costumbre” recién para permitir el ingreso del menor al colegio. También encontramos barreras culturales entre la población indígena de ambas zonas, se piensa que el holograma del DNI es “la marca de la bestia o el 666” y que es una intromisión del Estado para controlar y disponer de sus hijos. Si bien este rumor no es generalizado es una barrera cultural en la PI menos aculturada y en especial entre la que pertenece a grupos evangélicos. Adicionalmente en el caso de partos domiciliarios, el registro del recién nacido requiere de un informe del Apu y la visita del registrador civil, cuya permanencia está actualmente en cuestión, debido a recortes presupuestales en el GL que afectan la “propina” que recibían de este.

Factores que afectan el acceso al Programa JUNTOS

- 34) El esfuerzo sostenido de los promotores de JUNTOS y sus continuas salidas al campo han permitido una rápida ampliación de cobertura en ambas zonas; cerca al 50% de niñas y niños en Condorcanqui y 23% en Satipo. La clasificación automática de las comunidades nativas registradas en la base de datos del Ministerio de Cultura como pobres (aunque ello no garantiza la percepción del bono) ha contribuido a la expansión de cobertura. La dificultad está en el caso de hogares indígenas pobres que no residen en comunidades nativas sino en centros poblados. En esos casos la afiliación no es automática y supone trámites y costos adicionales al hogar en su gestión ante las unidades de empadronamiento local.
- 35) En la zona de intervención (Condorcanqui) el padrón nominado también ha facilitado la adscripción y el control de los hogares afiliados a JUNTOS, aunque algunos hogares

indígenas solo registran a uno de los hijos, pues el bono es independiente del número de los mismos. En el trabajo de campo se evidenció a través de testimonios un desincentivo en registrar al segundo hijo pues ello incrementa las co-responsabilidades. Ello revela que todavía muchas madres de JUNTOS aceptan éstas por obligación y no por convicción.

- 36) El cumplimiento de las condicionalidades especialmente en salud, enfrenta los problemas de oferta del servicio ya presentados. Como las vacunas o los MMN no son parte de las condiciones de JUNTOS, las madres se resisten a utilizarlas, sobre todo entre los awajún. Las barreras de horarios, trato y acceso también juegan en contra del cumplimiento de las obligaciones en salud.
- 37) Las barreras culturales están disminuyendo, aunque persisten sobre todo entre los awajún, como se ha señalado. Para el caso del DNI, persiste la idea de que “se van a robar a los niños de JUNTOS” o las van a obligar a acciones adicionales (por ejemplo, limpieza de calles) para poder seguir recibiendo el bono. Otra barrera cultural es la preferencia por el parto domiciliario, frecuente en ambas zonas, lo que contraviene las normas de este programa que exige el parto institucional.

10. FUENTES CONSULTADAS

ANGOSTO-FERRANDEZ, Luis y Sabine Kradolfer. (Ed) 2012. *Everlasting Countdown: Race, ethnicity and National Censuses in Latin America States*. Cambridge Scholars Publishing.

ARAMBURÚ, Carlos, Bedoya Eduardo. 2012. La dinámica del cambio en las comunidades del Bajo Urubamba: Informe a PLUSPETROL, Lima

ARIAS, Rosario. 2009. Entre la protección y el daño: el sentido de la vacuna. USAID, REDESS Jóvenes. Informe a USAID. Lima.

BROWN, Michael. 1984. Una Paz Incierta: Historia y cultura de las comunidades aguarunas frente al impacto de la carretera marginal. Centro Amazónico de Antropología y Aplicación Práctica. Lima.

CARRASCO, Tania (ed). 2003. Exclusión social y estrategias de vida en los indígenas urbanos de Perú, México y Ecuador. Ed. RISPERGRAF, Quito, Ecuador.

CORREA, Norma y Roopnaraine, Terry. 2014. Población Indígena y programas de transferencias condicionadas: Estudio etnográfico sobre la implementación y los efectos socio-culturales del Programa JUNTOS en seis comunidades andinas y amazónicas de Perú. BID-PUCP-IPFRI. Lima

DEL PINO, Ponciano y otros. 2012. *Repensar la desnutrición: Infancia, alimentación y cultura en Ayacucho, Perú*. IEP, Lima.

DEVORE, Irven y Richard B. Lee (Ed). 1979. *Man the Hunter*. Aldine Pub. N.Y.

FULLER, Norma. 2009. Relaciones de Género en la Sociedad Awajún. Lima: Care Perú.

INEI. 2010. *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES Continua, 2009*. Instituto Nacional de Estadística e Informática, Lima.

INEI. 2016. *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES Continua, 2015*. Instituto Nacional de Estadística e Informática, Lima.

INEI. Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG). 2007 a 2015. Lima

INEI. Estimaciones y proyecciones de población: Población total al 30 de junio (2013) por grupos quinquenales de edad según departamento, provincia y distrito. En: http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/indices_tematicos/cuadro001_1.xls (Consulta 2016)

INEI-USAID. 2009. *Factores socio-económicos que explican las diferencias nutricionales de nuestros niños. ¿Por dónde hay que atacar?* Lima.

MEDINA, Armando. 2015. Percepciones y prácticas de las familias, actores locales y personal de salud respecto al consumo de Multimicronutrientes en niñas y niños de 06 meses a menos de 36 meses de edad en la provincia de Condorcanqui, Amazonas. Informe al Banco Mundial, Lima, 11 de noviembre, 2015

MEF-BM. 2011. Cierre de brechas en productos priorizados del PAN. Contrato de préstamo No. 7961-PE. Lima

MEF-UCPS-DNPP. 2010. Diagnóstico Social sobre la inclusión de hogares indígenas en el programa JUNTOS y los servicios nutricionales y de salud preventiva asociados. Lima. https://www.google.com.pe/?gws_rd=ssl#q=MEF-UCPS-DNPP.+2010.+Diagn%C3%B3stico+Social+sobre+la+inclusi%C3%B3n+de+hogares+ind%

[C3%ADgenas+en+el+programa+JUNTOS+y+los+servicios+nutricionales+y+de+salud+pre
ventiva+asociados](#) (Consulta 2016)

MINSA-INS-CENAN. 2010 La Desnutrición Crónica Infantil y sus determinantes de riesgo. Lima marzo.
http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/5/ger/prec_invt_cenan/Presentacion%20Desnutrici%C3%B3n%20Determinantes.pdf (Consulta 2016)

NACIONES UNIDAS. 2000. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio. N.Y. USA.
<http://www.un.org/es/millenniumgoals/bkgd.shtml> (Consulta 2016)

OMS. Patrones de crecimiento infantil. <http://www.who.int/childgrowth/mgrs/es/> (Consulta 2016)

PERÚ. MEF. 2012. Convenio de apoyo presupuestal al Programa Articulado Nutricional – EUROPLAN. En:
www.mef.gob.pe/contenidos/presu_public/ppr/talleres/present1_reniec_092012.pdf.
(Consultado en 2016)

SISFOH. Sistema de Focalización de Hogares. <http://www.sisfoh.gob.pe/> (Consulta 2016).

TANAHASHI, T. 1978. "Health service coverage and its evaluation". En: *Bulletin of the World Health Organization*, 56 (2): 295-303.

UNICEF-UNMSM. 2012. *Para que crezcan bien: Crianza y capacidades en niñas y niños asháninka, shipibo y yine del Ucayali*. Lima

UNIÓN EUROPEA. Junio 2015. Sistematización de Programa de Apoyo Presupuestal al PAN. EUROPLAN, Reporte Final, Lima

URGUILLAS, Jorge, Tania Carrasco y Martha Rees (Ed). 2003. Exclusión social y estrategias de vida de los indígenas urbanos de Perú, México y Ecuador. Banco Mundial, RISPERGRAF, Quito, Ecuador.

VALDIVIA, Néstor. 2011. "El uso de categorías étnico/raciales en censos y encuestas en el Perú." GRADE, Lima.

VARESE, Stefano. 1973. La Sal de los Cerros. Retablo de Papel. Lima.

VEBER, Hanne. 2009. Historia para nuestro futuro (Yotanssi ashi Otsipaniki). Lima: Grupo Internacional de Trabajo sobre Asuntos Indígenas. Lima.

11. ANEXOS

11.1 LISTA DE ENTREVISTAS EN INSTITUCIONES

Este informe se basa en entrevistas a funcionarios involucrados en el Proyecto SWAP tanto de Lima como de la zona de intervención, así como a autoridades y funcionarios locales. La relación de entrevistados se presenta en el cuadro siguiente:

Institución	Nombre	Cargo
MEF-LIMA	Nelly Huamani Huamani	Coordinadora de Proyectos-DGPP
	Yolanda Zuñiga Fernandez	Consultora DGPP
	Diana Flores	Consultora DGPP
	Lidia Reyes	Consultora DGPP
Banco Mundial	Nelson Gutierrez	Gerente de Proyectos Especialista Sr.PS
	Hugo Brousset Chaman	Especialista Protección Social
	William Reuben	Consultor senior Salvaguardas
	Javier Soriano	Consultor Protección Social
Gobierno Local- Condorcanqui	Lic. Hermógenes Lozano Trigos	Alcalde provincial
	Lic. José Cajo Huamán	Responsable del Monitoreo Social
	Norbil Delgado Irene	Responsable del padrón nominado
	Prof. Carlos Pape Paukai	Asuntos indígenas
	Lic. Marlene	Responsable del Sello Municipal
MEF-Amazonas	María Jesús Flores Aguirre	Responsable local
	Esther Ramos Quispe	Responsable Monitor SWAP
RENIEC	Edgar Mejía Doroteo	Responsable RENIEC
JUNTOS	Javier Roldan Nuñunero	Coordinador Programa JUNTOS
	-----	Promotor Kingkis
Red de Salud de Condorcanqui	Roberto Celso Rivera Sánchez	Director de la Red de Salud de Condorcanqui
	Paulino Zenobio Coaguila Ocupa	Responsable del Programa Articulado Nutricional
	Angela María Linares Aguilar	Responsable SIS
	-----	Responsable del Programa de Inmunizaciones
Centro de Salud Nieva	Efrain Montoya Achuya	Director Micro Red- Nieva
	Daniel Mendoza Villanueva	Responsable CRED
Centro de Salud Kingkis	-----	Jefe del establecimiento
Centro de Salud Nuevo Siasme	Personal de salud del establecimiento: Lic. Enfermería, Técnico de Salud y Técnica en enfermería	Equipo del establecimiento
Red de Salud Satipo	Janett Lovera	Directora de la Red de Salud Satipo
Hospital Manuel Angel Higa (Satipo)	Felicita Quiro	Responsable de estadística y de CNV
Micro Red de Salud Puerto Ocopa	Noelia Rafo	Directora de la Micro Red
	Cristina	Responsable de CRED
	Andy Torres	Responsable de personal y SIS
	Marco Maguiña	Responsable Estrategia Alimentación y Nutrición Saludable
	Ricardo Huamán	Responsable de estadística
Centro de Salud Cutivireni	Betsy Manhualaya	Obstetriz del establecimiento de Cutivireni
Municipalidad Distrital de Río Tambo	Iván Cisneros	Alcalde distrital
	Marco Quispe	Gerente de Desarrollo Social
	René García	Responsable de la Oficina de Registro civil
	Gimio López	Subgerente de pueblos indígenas amazónicos
JUNTOS	Luis Humbaro Machado	Técnico zonal JUNTOS
	Elva Rojas	Gestor Local JUNTOS
Central de comunidades asháninkas	Fabian Antunez Camacho	Presidente de la Central de Comunidades Asháninkas del Río Tambo (CART)
	Alvina Nuñez Ponciano	Secretaria de asuntos femeninos y salud de la CART
	Pedro Valerio	Tesorero de la Central asháninka del Río Ene (CARE)

11.2 GUÍA DE ENTREVISTA

GUÍA DE ENTREVISTA A LOS FUNCIONARIOS DEL BANCO MUNDIAL SET/2016

1. Identificar nombres y cargos
2. ¿Cuáles son los antecedentes del SWAP del BM con MEF?
3. En el 2008 MEF y BM plantean articular O y D en nutrición infantil y salud preventiva vía Juntos: ¿a qué responde esta decisión?
4. ¿Cuáles fueron los objetivos específicos del proyecto SWAP?
5. ¿Cuál es la contribución (además de financiera) del BM al proyecto?
6. ¿Cuál es la articulación con EUROPAN?
7. El piloto en Apurímac identifica 5 barreras: Débil articulación entre JUNTOS y salud; cobertura limitada y poca calidad servicio salud; insuficiente cobertura de JUNTOS a - 3años; monitoreo débil de la calidad de servicios de salud; inadecuado sistema de incentivos. ¿Cómo se ha venido enfrentando estos 5 problemas?
8. ¿Cómo y quienes manejan la articulación entre JUNTOS, CRED y SIS a nivel local? ¿Se involucra al gobierno local? ¿Cómo?
9. ¿Cuáles son los (7) indicadores con los que se monitorea el proyecto?
10. Entre las barreras de acceso se menciona la geográfica (dispersión, falta transporte, migraciones e inoperancia de los equipos de salud itinerantes; ¿cómo se maneja esto?
11. ¿Cómo se ha enfrentado las barreras económicas no solo del gasto de bolsillo sino de viáticos y movilidad para el personal de salud?
12. ¿Cómo se trabajan las barreras culturales; idioma, confianza, interculturalidad y alianzas con curanderos/parteras tradicionales?
13. ¿En cuanto a las barreras de la oferta, como se está trabajando el tema de incentivos económicos, alta rotación, falta de viáticos, inestabilidad laboral y dotación de insumos y equipos?
14. Opinión sobre la sostenibilidad financiera, institucional y cultural de la intervención. ¿Existe alguna estrategia para su réplica y difusión?

GUÍA DE ENTREVISTA A LOS FUNCIONARIOS DEL MEF - CONDORCANQUI OCT/2016

1. Identificar nombres y cargos
2. ¿Cómo el proyecto SWAP? ¿Cuáles fueron los objetivos específicos de SWAP?
3. ¿Cuál ha sido el rol del MEF en el convenio SWAP? ¿Qué roles han asumido otros sectores?
4. ¿Cuál es el modelo metodológico? ¿A qué responde este modelo?
5. ¿Cómo y quienes manejan la articulación entre JUNTOS, CRED y SIS a nivel local? ¿Se involucra al gobierno local? ¿Cómo?
6. En el proyecto SWAP se plantea el liderazgo de los GGLL para conducir la articulación en aras de mejorar la nutrición, anemia y acceso a servicios de salud, SIS y otros, ¿Cómo se ha hecho frente a el cambio de la gestión municipal, la programación presupuestal y las debilidades en la gestión municipal?
7. Un actor importante es el sector salud, sin embargo, presentan múltiples barreras al acceso y dentro del servicio ¿Cómo se han enfrentado las barreras de acceso (geográficas, culturales y económicas) y las del propio servicio en sí misma (rotación de personal)
8. ¿Cómo se articula el proyecto SWAP con EUROPAN? ¿Cómo se complementan?
9. ¿Cómo ha hecho frente el Convenio SWAP a las barreras de salud (oferta y demanda), SIS y RENIEC?
10. ¿Cuáles son los principales resultados?
11. ¿Cuáles han sido las dificultades encontradas? ¿Cuáles los elementos de soporte?
12. En caso de replicar la estrategia a mayor escala ¿Qué elementos serían parte de la política pública? ¿Cuáles potenciaría y cuáles añadiría?
13. ¿Cuáles son los elementos para la sostenibilidad? ¿De qué manera se espera que se haga sostenible el rol del Gobierno Local en el Monitoreo Social?
14. Recomendaciones finales

GUÍA DE ENTREVISTA A LOS FUNCIONARIOS DEL GOBIERNO LOCAL- CONDORCANQUI – OCT/2016

1. Identificar nombres y cargos
2. ¿Cuáles son las prioridades del Gobierno Local?

3. ¿Cómo se ha insertado la atención a la problemática de la desnutrición infantil dentro de estas prioridades? ¿Cuáles son los principales aspectos de la desnutrición que vienen siendo abordados?
4. ¿Qué rol ha tenido el monitoreo social para la lucha contra la desnutrición infantil?
5. ¿Qué elementos han hecho factible la articulación de los sectores en el monitoreo social?
6. ¿Cómo impacta el monitoreo en la reducción de la DCI a nivel de las comunidades?
7. ¿Cuáles son los desafíos pendientes en relación al abordaje de la desnutrición infantil y anemia?
8. ¿Qué elementos garantizarían la sostenibilidad del monitoreo social?
9. ¿Qué aspectos harían posible la réplica de la experiencia en otros gobiernos locales con características similares?
10. Recomendaciones finales

GUÍA DE ENTREVISTA A LOS FUNCIONARIOS DE SALUD: REDES Y MICRO REDES OCT/2016

1. Identificar nombres y cargos
2. ¿Cuáles son las prioridades de salud en la región y a nivel provincial? ¿Cómo se ha hecho frente a estas prioridades?
3. ¿Cuáles son las principales dificultades para la gestión de los servicios de salud, a nivel de recursos humanos, equipamiento, aspectos logísticos, entre otros? ¿Cómo se han abordado estas dificultades?
4. ¿De qué manera viene implementándose el monitoreo interno desde la Red/ Micro Red hacia los establecimientos de salud? ¿Qué dificultades se encuentran y qué fortalezas?
5. En relación al monitoreo social implementado ¿Cuál es el rol de la Red de Salud/ Micro Red de Salud en esta estrategia?
6. ¿Cuáles son las barreras para el logro de los indicadores del PAN (vacunas, SIS, CRED, MMN, RENIEC)?
7. ¿Cuáles han sido los principales resultados del monitoreo social?
8. ¿Qué barreras han podido ser superadas en relación a los siete indicadores del PAN? ¿Cuáles aun necesitan un mayor o diferente abordaje? ¿Por qué?
9. ¿Qué elementos hace que funcione el monitoreo social?
10. ¿Cuáles son las sinergias entre SALUD y JUNTOS? ¿Qué aspectos aun constituyen retos para la articulación?
11. ¿Cómo se ha articulado las OAR (RENIEC) con la atención en salud?
12. ¿Cómo impacta el monitoreo social a nivel de las comunidades?
13. ¿Cuáles son los desafíos pendientes en relación a la DCI y al logro de los siete indicadores del PAN?
14. ¿Cuáles son los elementos para la sostenibilidad del monitoreo social?

GUÍA DE ENTREVISTA A LOS FUNCIONARIOS DELA RENIEC OCT/2016

1. Identificar nombres y cargos
2. ¿Cuáles son las principales dificultades para el acceso a Identidad en los niños de las comunidades indígenas? ¿Cómo ha venido abordando la RENIEC estas dificultades?
3. ¿Cómo ha venido implementándose la estrategia de monitoreo social en Nieva?
4. ¿Cuál ha sido la participación de la RENIEC dentro de esta estrategia?
5. ¿Qué resultados ha logrado el monitoreo social? ¿Cuáles han sido los resultados a nivel de la superación de las barreras para la identidad?
6. ¿Qué otros elementos son necesarios para que la población acceda al DNI oportunamente?
7. ¿Cómo ha contribuido la implementación de las OAR?
8. ¿En qué medida ayuda la participación de los registradores civiles en las comunidades?
9. ¿Cuáles son los desafíos pendientes en relación al acceso a la identidad?
10. ¿Cuáles son los retos para el monitoreo social?
11. Recomendaciones

GUÍA DE ENTREVISTA A LOS FUNCIONARIOS DEL PROGRAMA JUNTOS - OCT/2016

1. Identificar nombres y cargos
2. ¿Cómo se ha organizado e implementado el Programa JUNTOS en Nieva?

3. ¿Cuál es la población atendida y cómo se realiza su focalización (Rol de la ULE)?
4. ¿Cuáles son las principales dificultades encontradas en JUNTOS? ¿Cómo se vienen abordando estas dificultades?
5. ¿Cómo ha venido implementándose la estrategia de monitoreo social en Nieva?
6. ¿Cuál ha sido la participación de JUNTOS dentro de esta estrategia?
7. ¿Qué resultados ha logrado el monitoreo social? ¿Cuáles han sido los resultados a nivel de la superación de las dificultades para JUNTOS?
8. ¿Cómo se viene articulando JUNTOS con salud a nivel local? ¿Cuáles son los retos para la articulación a nivel local? ¿Cómo se vienen abordando el cumplimiento de las condicionalidades de JUNTOS?
9. ¿Cuál es el rol de los promotores locales de JUNTOS y de las madres lideresas?
10. ¿Cuáles son los retos para el monitoreo social? ¿Cuáles a nivel de la sostenibilidad?
11. Recomendaciones

GUÍA DE ENTREVISTA A LOS RESPONSABLE DEL MONITOREO SOCIAL- OCT/2016

1. Identificar nombres y cargos
2. ¿Cuál es el tiempo de creación de la oficina del Monitoreo Social? ¿Cuáles son las principales funciones?
3. ¿Cómo ha venido implementándose el monitoreo social? ¿Cuál es el rol del padrón nominal dentro del monitoreo social?
4. ¿Cuál ha sido la participación de las diferentes instituciones en el monitoreo social? ¿Cuáles han sido los compromisos asumidos por cada una de ellas?
5. ¿En qué hechos concretos se evidencia la articulación?
6. ¿Cuáles son los logros de monitoreo social? ¿Cómo ha ayudado el monitoreo a revertir las barreras relacionadas a los siete indicadores (vacunas, CRED, suplementación, identidad, otros)?
7. ¿Cuáles han sido las dificultades encontradas? ¿Cuáles los elementos de soporte?
8. En caso de replicar la estrategia a mayor escala ¿Qué elementos serían parte de la política pública? ¿Cuáles potenciaría y cuáles añadiría?
9. ¿Cuáles son los elementos para la sostenibilidad? ¿De qué manera se espera que se haga sostenible el rol del Gobierno Local en el Monitoreo Social?
10. Recomendaciones finales

GUÍA DE ENTREVISTA A LOS RESPONSABLES DEL PADRON NOMINAL - OCT/2016

1. Identificar nombres y cargos
2. ¿Cuáles son sus principales funciones?
3. ¿Cómo ha venido implementándose el monitoreo social? ¿Cuál es el rol del padrón nominal dentro del monitoreo social?
4. ¿Cómo se alimenta el padrón nominal? ¿Cómo es el flujo de información?
5. ¿Cuáles son las principales dificultades en este flujo de información? ¿Cómo se vienen abordando estas dificultades?
6. Con respecto al monitoreo social ¿Cuál ha sido la participación de las diferentes instituciones en el monitoreo social? ¿Cuáles han sido los compromisos asumidos por cada una de ellas?
7. ¿En qué hechos concretos se evidencia la articulación?
8. ¿Cuáles son los logros de monitoreo social? ¿Cómo ha ayudado el monitoreo a revertir las barreras relacionadas a los siete indicadores (vacunas, CRED, suplementación, identidad, otros)?
9. ¿Cuáles han sido las dificultades encontradas? ¿Cuáles los elementos de soporte?
10. ¿Cuáles son los elementos para la sostenibilidad? ¿De qué manera se espera que se haga sostenible el rol del Gobierno Local en el Monitoreo Social?
11. Recomendaciones finales

GUÍA DE ENTREVISTA A LOS RESPONSABLES DEL APUS - OCT/2016

1. Identificar nombres y cargos
2. ¿Cuáles son las principales funciones? ¿Cuáles son los principales problemas que se tienen en la comunidad?

3. ¿Con respecto a la salud y la atención de niños en la comunidad, cómo se da esta atención? ¿Cómo es la coordinación que se tiene con salud?
4. ¿Cuáles son las principales dificultades en el tema de salud (relacionados a atención de niños, vacunas, suplementos, etc.)?
5. ¿Se han realizado reuniones del monitoreo social? ¿Qué aspectos se han abordado en estas reuniones?
6. ¿Cuáles son los resultados de estas reuniones de monitoreo social?
7. ¿Cuál debería ser la articulación de las instituciones como RENIEC, SALUD, JUNTOS con los Apus para mejorar el acceso a los servicios?
8. ¿Cuál debería ser el rol de los Apus?
9. Recomendaciones finales

GUÍA DE ENTREVISTA A PADRES/MADRES DE FAMILIA - OCT/2016

1. Nombres
2. ¿Sus niños tienen DNI? ¿Por qué No (en caso de no tener)? ¿Dónde realizó las gestiones para la obtención del DNI? ¿Cuánto ha gastado para realizar estos trámites?
3. ¿Cómo haría para que más niños tengan DNI en la comunidad?
4. ¿Usted acude al establecimiento de salud? ¿En qué momentos lleva a sus niños al establecimiento de salud?
5. ¿Su niño ha recibido vacunas? ¿Cuándo las ha recibido, le han brindado alguna recomendación? ¿Qué le han parecido estas recomendaciones? ¿Qué beneficios tienen las vacunas?
6. Sobre los suplementos ¿Los ha recibido? ¿Qué le parecen? ¿Su niño lo consume? ¿Por qué?
7. ¿Cómo es la alimentación de un niño, podría citar un ejemplo de alimentación durante un día? ¿En cuál de estos alimentos mezcla los micronutrientes?
8. Cuando acude al establecimiento de salud ¿En qué idioma le brindan los consejos? ¿Cómo se siente usted? ¿Qué opina su esposo/ pareja de las vacunas /suplementos y control de peso y talla?
9. ¿Qué recomendaciones haría para mejorar la atención a los niños?
10. ¿Participa en JUNTOS? ¿Cómo le ayuda el apoyo recibido por parte del Programa? ¿Se le dificulta cumplir alguna condicionalidad? ¿Cuáles y por qué? ¿Cómo mejoraría JUNTOS?