

**UNIDAD DE COORDINACION DE PRÉSTAMOS SECTORIALES – UCPS
DIRECCIÓN NACIONAL DEL PRESUPUESTO PÚBLICO – DNPP
MINISTERIO DE ECONOMIA Y FINANZAS – MEF**

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

Lima, marzo de 2010

CONTENIDO	Pág.
Antecedentes	03
Introducción	05
Población indígena y desnutrición crónica en los departamentos de Ayacucho y Junín.	08
Barreras de acceso al Servicio de Control del Crecimiento y Desarrollo del Niño (CRED) y al Seguro Integral de Salud (SIS)	09
Barreras de acceso al Programa JUNTOS	18
Anexo 1	23
Anexo 2	25
Anexo 3	27

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

ANTECEDENTES

El Gobierno del Perú inicia la implementación del Presupuesto por Resultados – PpR con la aprobación de la Ley 28927-Ley del Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2007- Capítulo IV, estableciendo una ruta crítica para su implantación progresiva en la administración pública peruana. Las Leyes de Presupuesto del 2008 y 2009, ratifican su continuidad.

La Dirección Nacional del Presupuesto Público, encargada de tal implementación, establece que uno de los mecanismos para una ejecución progresiva y para operacionalizar el compromiso de las Instituciones del Estado con resultados, es la creación de los denominados Programas Estratégicos – PE orientados al logro de resultados prioritarios a favor de la población. En la actualidad de los 9 creados, uno de ellos –el Programa Articulado Nutricional PAN- se encuentra comprometido con la reducción de la desnutrición infantil.

En Perú la desnutrición infantil no ha declinado significativamente en los últimos diez años, afectando a casi una cuarta parte de la población preescolar. Es más, existe una variación importante en las tasas de desnutrición dentro de las distintas regiones. Así por ejemplo, ésta llega a un 52% en Huancavelica, en comparación con solo 4.7% en Tacna. La desnutrición crónica tiene irreparables consecuencias para el desarrollo intelectual de los niños y la formación de capital humano constituyendo por lo tanto un obstáculo serio para el desarrollo económico y social del país.

El Gobierno de Perú ha puesto a la nutrición infantil en el centro de su política social, comprometiéndose a reducir la desnutrición crónica en nueve puntos para el año 2011. En apoyo a ese compromiso, el Gobierno lanzó en 2007 la Estrategia Nutricional CRECER, que busca beneficiar a un millón de niños mediante la participación, tanto de las familias beneficiaras, como de los gobiernos locales. Al mismo tiempo, el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) establece la asignación estratégica de recursos presupuestarios a través del Programa Articulado Nacional (PAN), con la intención de concentrar los esfuerzos en aquellas regiones con los niveles más elevados de desnutrición.

Con el fin de alcanzar resultados rápidos, el PAN, ligado a los esfuerzos de focalización geográfica considera intervenciones que han demostrado ser sumamente eficaces en otros países. Entre ellos, cabe resaltar las acciones que promueven cambios en el comportamiento de las madres con respecto a la salud, la higiene y las prácticas de cuidado y alimentación de sus niños. En este sentido, la adecuada integración de intervenciones existentes en Perú, como el CRED y la entrega de incentivos (JUNTOS), acompañada de la cobertura y calidad de servicios complementarios de salud y nutricionales, tiene un gran potencial para generar resultados. JUNTOS provee los incentivos económicos para que las madres participen de los servicios de consejería ofrecidos por CRED.

El año 2008, con el apoyo técnico del Banco Mundial, se diseñó una estrategia para lograr una adecuada articulación entre oferta y demanda de servicios de nutrición y salud preventiva, a través de JUNTOS. La estrategia se piloteó en San Jerónimo, en

la Región de Apurímac, bajo el liderazgo de la Secretaria Técnica para Asuntos Sociales de la PCM, con la participación de CRECER, JUNTOS, el Ministerio de Salud, SIS y CENAN. Este piloto generó importantes cambios en la articulación de las distintas instituciones participantes. JUNTOS contribuyó a identificar importantes vacíos de cobertura de los programas de salud básica y de nutrición. Igualmente, una evaluación de impacto realizada por el Banco Mundial¹ mostró que este programa, que tiene la mejor focalización entre los programas focalizados del Perú, ha permitido incrementar el acceso a los servicios de salud a los más pobres y se le atribuyen resultados significativos en la reducción de la pobreza en el país. No obstante, el programa aún no muestra resultados que se le puedan atribuir en términos de la reducción de desnutrición crónica.

Con base en los resultados de la evaluación y las lecciones aprendidas del piloto, el MEF ha propuesto al Banco Mundial iniciar la preparación de un proyecto para un préstamo sectorial (SWAP) orientado a cubrir los vacíos de cobertura y superar los desafíos de implementación del PAN, y mejorar la articulación con JUNTOS en las regiones en las que opera este último. Los objetivos que se esperan lograr con este proyecto son: (i) apoyar a la demanda de servicios de nutrición fortaleciendo la capacidad operacional de Juntos; y (ii) mejorar la cobertura y calidad de servicios de salud y nutrición en los distritos de Juntos. El proyecto se ejecutará en tres de las regiones de mayores niveles de pobreza que cubre JUNTOS: Amazonas, Cajamarca y Huánuco.

Evaluaciones y otros estudios realizados por el Gobierno, el Banco Mundial y otras agencias nacionales² y e internacionales indican que entre los principales obstáculos para que el programa JUNTOS alcance sus objetivos en el campo de la desnutrición crónica se encuentren:

- Inapropiada articulación del programa con la estrategia y los servicios de nutrición y salud preventiva.
- Insuficiente cobertura y calidad de la oferta de servicios de salud y nutrición
- Cobertura limitada de la población relevante (menores de 3 años) por parte de JUNTOS, asociada en parte a la falta de un sistema de información actualizada del registro de beneficiarios.
- Sistemas débiles de monitoreo de la calidad de los servicios con participación de los usuarios y del cumplimiento de las contraprestaciones de estos últimos.
- Inadecuado sistema de incentivos.

A estos obstáculos arriba identificados, podrían añadirse las limitaciones en la cobertura y atención de las comunidades indígenas por parte de JUNTOS y de los programas asociados de nutrición y salud. Cabe recalcar que esta población constituye un porcentaje importante de la población rural en estado de pobreza.

Por ese motivo el Ministerio de Economía y Finanzas y el Banco Mundial consideraron que era importante contar con un diagnóstico social que permita identificar los factores culturales, económicos, geográficos e institucionales que limita el acceso a los servicios de estas poblaciones, y las oportunidades para su

¹ Perova, E. y Vakis R. (2009). Welfare impacts of the 'Juntos' Program in Peru: Evidence from a non-experimental evaluation. Disponible en: http://www.juntos.gob.pe/evaluacion_externa.php.

² PROGRAMA JUNTOS – ANTECEDENTES, AVANCES Y RESULTADOS DE EVALUACIÓN - SINTESIS -Marzo 2009. Este documento ha sido elaborado en el marco de la Asistencia Técnica del Banco Mundial al Programa Juntos.

³ Arróspide, M. (2009) Presupuesto Público Evaluado: Programa Nacional de Apoyo Directo a los Más Pobres "JUNTOS": Documentación y Análisis de los Procesos, Informe Final para la Presidencia del Consejo de Ministros. Disponible en: http://www.juntos.gob.pe/evaluacion_externa.php.

Huber, L., P. Zárate, A. Durand, O. Madalengoitia, and J. Morel. 2009. Programa JUNTOS: Certezas y malentendidos en torno a las transferencias condicionadas: Estudio de caso en 6 distritos rurales., Instituto de Estudios Peruanos. Perova, E. y Vakis R. (2009). Welfare impacts of the 'Juntos' Program in Peru: Evidence from a non-experimental evaluation. Disponible en: http://www.juntos.gob.pe/evaluacion_externa.php.

superación. Este diagnóstico es crítico para informar y documentar el diseño del proyecto y la estrategia nacional de nutrición, y permitirá además preparar la estrategia de inclusión indígena (IPPF) para el cumplimiento de las salvaguardas sociales del Banco Mundial, que forma parte de sus políticas operativas.

Introducción

Este informe presenta los resultados del diagnóstico sobre los factores geográficos, culturales, institucionales y económicos que limitan el acceso de la población indígena a tres de las intervenciones clave del Programa Articulado de Nutrición (PAN): Juntos, el Seguro Integral de Salud (SIS) y el Servicio de Control del Crecimiento y Desarrollo del Niño (CRED).

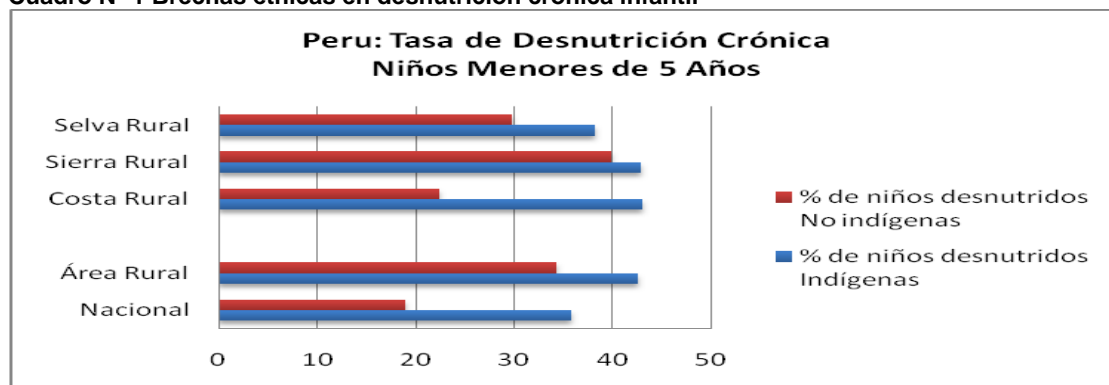
El PAN entiende que la desnutrición crónica en niños menores de cinco años declinaría sustancialmente si los servicios CRED lograran ampliar su cobertura y mejorar su atención, para convertir los 13 controles del primer año (2 del recién nacido y 11 mensuales) en una oportunidad para exponer a madres o cuidadoras de niños menores de 36 meses a conocimientos y habilidades que promuevan de manera eficaz la adopción de comportamientos saludables clave: lavado de manos con agua y jabón, lactancia materna exclusiva, adecuada alimentación complementaria, vacunación oportuna, etc. En este marco, JUNTOS se plantea como un mecanismo de ampliación de la cobertura de los servicios de salud, y específicamente de los servicios CRED, dirigida a los hogares con madres gestantes y niños menores de 14 años, en condición de pobreza y ubicados en los distritos rurales más pobres del país⁴. Esta población es en efecto la que sufre de los índices más altos de desnutrición crónica infantil: niños y niñas rurales tienen tres veces más altas tasas de desnutrición (34%) que los niños y niñas urbanos (10%), y se concentra en los quintiles más pobres. El papel del SIS es en este sentido garantizar el acceso económico de la población más pobre a los servicios CRED. Es a esta racionalidad (ideal) de articulación entre el programa JUNTOS, el servicio CRED y el SIS a la que nos referiremos de aquí en adelante como 'lógica del PAN'⁵.

El presente diagnóstico busca contrastar esta lógica del PAN con la realidad de su implementación en poblaciones indígenas. El informe ha sido elaborado a partir de un enfoque que entiende la superación de las barreras de acceso al CRED, JUNTOS y SIS como un tema de derechos en salud, de inclusión social y de equidad étnica. Los resultados que aquí presentamos dan cuenta de las barreras que limitan el acceso de la población indígena a estas tres intervenciones claves del PAN, y que explican por qué la malnutrición crónica tiene índices más altos en los departamentos de mayor concentración indígena, y se mantiene una brecha étnica en la Costa, Sierra y Selva del país (ver Cuadro N° 1).

⁴ Los distritos se seleccionan a partir del Mapa de Pobreza determinado por el Ministerio de Economía y Finanzas, al mismo que se le aplican las variables de Afectación por Violencia, Necesidades Básicas Insatisfechas, Brecha de Pobreza, Pobreza Extrema y desnutrición Infantil Crónica

⁵ Aunque el PAN articula una serie de intervenciones y las relaciona de manera más compleja, la presente consultoría plantea analizar únicamente tres intervenciones: CRED, SIS y JUNTOS y su relación; en este sentido se justifica hablar de la lógica PAN en estos términos.

Cuadro N° 1 Brechas étnicas en desnutrición crónica infantil



Fuente: ENDES 2007

Para la selección de los ámbitos en los que se desarrolló el diagnóstico social se aplicó el siguiente procedimiento:

- Se tomó como referencia inicial los distritos en los que está la Estrategia CRECER (880), por ser distritos correspondientes a los quintiles 1 y 2 de pobreza (Mapa de Pobreza del MEF).
- Entre ellos se seleccionaron los distritos en los que además está presente el Programa Juntos (637).
- Y entre éstos se seleccionaron aquellos en los que un mayor porcentaje de su población tiene como lengua materna el quechua o el asháninka, por tratarse de los pueblos indígenas con mayor importancia numérica entre la población andina y amazónica respectivamente⁶:
 - 58 distritos en los que entre el 95.03 y 98.68% de su población tienen como lengua materna el quechua.
 - 6 distritos en los que entre el 12.42 y 58.52% de su población tienen como lengua materna el Asháninka.
- Entre los distritos identificados, se seleccionaron dos con importantes tasas de desnutrición: Chuschi en Ayacucho, con 54.6% y Río Tambo en Junín, con 59.6%.
- En estos distritos se seleccionaron aquellos centros poblados que no tienen establecimiento de salud y que el más próximo está a una distancia mayor de dos horas recorridos a pie.
- Finalmente, se apeló a informantes claves para seleccionar, entre los centros poblados que cumplen con este último criterio, los dos centros poblados en los que se realizó el diagnóstico: Llactaurán (Ayacucho) y Anapate (Junín).

El presente diagnóstico social se ha realizado a partir de la revisión de literatura secundaria relevante y de un trabajo de campo tanto en el distrito de Chuschi (ver Recuadro N° 1) como en el distrito de Río Tambo (ver Recuadro N° 2). El estudio diagnóstico ha incluido entrevistas semi-estructuradas individuales y grupales a: personal de salud de los Centros de Salud de Chuschi y de Puerto Ocopa, así como de los Puestos de Salud de Auquilla y Otica, a mujeres indígenas beneficiarias y no beneficiarias de Juntos en las comunidades de Llactaurán y Anapate, a las

⁶ En los 880 distritos CRECER la población quechua suma un total de 1'845,055 personas y los Asháninka 47,278.

autoridades de estas mismas comunidades, a representantes de la DIRESA Ayacucho (CRED, SIS, Promoción de la Salud) y de la Red de Salud de Satipo, a representantes regionales y distritales de Juntos, entre otros. Los resultados esbozados en este documento triangulan en este sentido información primaria recogida en Ayacucho y Junín con información secundaria disponible y relevante.

Recuadro Nº 1 Indicadores sociodemográficos del distrito de Chuschi en Ayacucho

Chuschi es un distrito cuya población es indígena quechua-hablante, siendo las mujeres en su mayoría monolingües. De acuerdo a los datos disponibles, el 97.9% de su población tiene como lengua materna el quechua, 88.6 % de la población es pobre y 60% es pobre extrema. 56% de la población no dispone de agua de red o pozo y 70.1 no dispone de alumbrado eléctrico. El analfabetismo en el distrito llega al 29% de la población, y el 43.9% de la población analfabeta es mujer. En el entorno de la capital del distrito se asientan un conjunto de comunidades campesinas, cuya población, para poder atenderse en el centro de salud, tiene que recorrer trayectos que varían de 2 a 8 horas. En este distrito funciona el Programa Juntos, entre otras razones porque la Tasa de Desnutrición Crónica es de 54.6%. JUNTOS atiende a 1,180 hogares en el distrito, 70.4% y 62.2% de los niños menores de 36 meses cuenta con DNI y está afiliado al SIS respectivamente. El comparativo de controles CRED promedios en los niños JUNTOS es de 4.8 y 2.2 en niños de 12-23 meses y 24-35 meses respectivamente. Las brechas en salud en términos de personal de salud calculadas para Chuschi es de 5 médicos, 3 enfermeras y 1 técnico asistencial.

Recuadro Nº 2 Indicadores sociodemográficos del distrito de Río Tambo en Junín

Río Tambo es un distrito cuya población es indígena Asháninka, siendo las mujeres en su mayoría monolingües. De acuerdo a los datos disponibles, el 58.5.9% de su población tiene como lengua materna el Asháninka, 72% tiene acceso al agua mediante piletas públicas y 21% dispone adecuadamente de sus excretas. El 0% de las madres de niños menores de tres años se lava las manos en los momentos clave y todos los partos son atendidos en sus domicilios. El 57% de los niños menores de 3 años tuvieron diarrea en los últimos 15 días y sólo el 51% de los niños de 12 a 23 meses está protegido con vacunas básicas. La tasa de desnutrición crónica es de 57% en niños menores de 3 años y de 68% en menores de 5 años. El 95% de los 31 establecimientos de la Microrred Río Tambo cuentan sólo con un técnico.

El presente documento está dividido en 3 secciones. En la primera se hace referencia a datos estadísticos correspondientes a las regiones de Ayacucho y Junín y se destaca la relación existente entre las variables lengua materna y desnutrición crónica. La segunda sección describe las barreras geográficas, culturales, económicas e institucionales que limitan el acceso de la población indígena al servicio CRED y al SIS. La tercera sección informa sobre los problemas de acceso al Programa Juntos. En ambos casos se hace un análisis tanto desde el lado de la población como de la oferta de servicios.

BARRERAS DE ACCESO AL SERVICIO CRED, AL SIS Y AL PROGRAMA JUNTOS.

Población indígena y desnutrición crónica en los departamentos de Ayacucho y Junín.

Ayacucho

En 78 de los 85 distritos CRECER del departamento de Ayacucho más del 50% de su población tiene como lengua materna el quechua (ver Anexo N° 1) y en 31 de ellos esta población representa más del 90% del total. Es decir, Ayacucho es un departamento de población quechua. Si analizamos la Tasa de Desnutrición Crónica en estos distritos encontramos que a mayor porcentaje de población cuya lengua materna es el quechua, mayor proporción de distritos con tasas de desnutrición mayores al 50%. Así encontramos que:

- 1) En el 39% de los distritos en los que más del 90% de su población tiene como lengua materna el quechua (12 de 31), la tasa de desnutrición crónica es mayor al 50%.
- 2) En el 9% de los distritos en los que entre el 81% y el 90% de su población tiene como lengua materna el quechua (2 de 22), la tasa de desnutrición crónica es mayor al 50%.
- 3) En el 11% de los distritos en los que entre el 71% y 80% de su población tiene como lengua materna el quechua (1 de 9), la tasa de desnutrición crónica es mayor al 50%.
- 4) En el 9% de los distritos en los que entre el 61% y 70% de su población tiene como lengua materna el quechua (1 de 11), la tasa de desnutrición crónica es mayor al 50%.
- 5) Y en los 12 distritos restantes en los que el 60% o menos de su población tiene como lengua materna el quechua, no hay ninguno que tenga una tasa de desnutrición mayor al 50%.

Por lo tanto, de acuerdo a estos datos, existe una clara relación entre distritos con mayor porcentaje de población quechua y tasas de desnutrición crónica elevadas.

Junín

En los distritos CRECER de Junín están presentes cuatro pueblos indígenas amazónicos, además de la población cuya lengua materna es el quechua. Estos son los pueblos 1) Amuesha (Yanesha), asentado en dos distritos de la provincia de Chanchamayo; 2) Asháninka, presente en 4 distritos de Chanchamayo y nueve de Satipo; 3) Caquinte, ocupando sólo un distrito de Satipo y 4) Nomatsiguenga, asentado en dos distritos también de Satipo. En sólo 4 de estos distritos está presente el Programa Juntos, y en ninguno de ellos la población indígena amazónica representa más del 15% del total, excepto en el caso de Río Tambo, en el que el 58.5% de su población tiene como lengua materna el Asháninka (ver Anexo N° 2). Coincidentemente es en este distrito en el que se concentra una de las más altas tasas de desnutrición crónica del departamento: 59.6%. En los distritos en los que están presentes los otros pueblos indígenas mencionados, las tasas de desnutrición crónica varían entre 30% y 40%.

Respecto a la lengua quechua, sólo en cuatro de los 44 distritos CRECER más del 40% de su población tiene como lengua materna el quechua (ver Anexo N° 2). Y en todos ellos la tasa de desnutrición crónica está alrededor del 50%. Veamos que ocurre en los demás:

- 1) En ninguno de los distritos en los que entre el 31% y 40% de su población tiene como lengua materna el quechua, la tasa de desnutrición crónica es mayor al 50%.
- 2) En el 50% de los distritos en los que entre el 21% y 30% de su población tiene como lengua materna el quechua (3 de 6), la tasa de desnutrición crónica es mayor al 50%.
- 3) En el 60% de los distritos en los que entre el 11% y 20% de su población tiene como lengua materna el quechua (3 de 5), la tasa de desnutrición crónica es mayor al 50%.
- 4) Y en el 38% de los distritos restantes en los que 10% y menos de su población tiene como lengua materna el quechua (10 de 26), la tasa de desnutrición mayor al 50%.

Como puede observarse, a excepción del caso del distrito de Río Tambo, no parece existir una relación clara entre los distritos en los que predomina la población indígena y tasas de desnutrición crónica elevadas.

1. Barreras de Acceso al Servicio de Control del Crecimiento y Desarrollo (CRED) y al Seguro Integral de Salud (SIS).

Como se señalaba antes, según la lógica del PAN, los 13 controles del primer año (2 del recién nacido y 11 mensuales) tendrían que ser la oportunidad de encuentro con las madres o cuidadoras indígenas para garantizar la adopción de comportamientos saludables claves de salud y nutrición que eviten la interacción entre eventos de IRAs y EDAs y una alimentación inadecuada en niños menores de 36 meses y por tanto, la desnutrición crónica infantil. Los datos sin embargo demuestran que la cobertura de CRED está muy por debajo del estándar en cada grupo de edad⁷ y que CRED enfrenta serios problemas de calidad en la provisión de servicios.

Por su parte el SIS, que cuenta con el 14% del presupuesto público en salud, tiene como función re-embolsar a los prestadores de salud del MINSA los costos de las atenciones según planes específicos que cubren a 16% de la población que se concentra en los quintiles I y II y que vive mayoritariamente en zonas rurales. En el 2007 el SIS empezó a reembolsar las consultas CRED, lo que supuso un incremento de 9% en la cobertura CRED de los 10 departamentos más pobres del país. Este año, el SIS ha incrementado el re-embolso de la prestación CRED para incentivar a que los prestadores aumenten su cobertura.

Veamos a continuación las barreras de acceso al CRED -que desincentiva su uso por la población en general y específicamente por la población indígena- y al SIS.

1.1 Barreras de acceso geográficas

Las barreras de acceso geográficas a los servicios de salud, como señalan bien Eyzaguirre et al. (2007), son una forma de exclusión que se debe a: “a) dificultades propias de la localización de la población (gran dispersión o alta movilidad), b) la carencia de vías de comunicación adecuadas, y c) la distribución física de los servicios de salud (o la disponibilidad y calidad de la oferta móvil)”. Estas barreras de acceso geográfico a los servicios de salud no afectan a todos los peruanos de la misma manera.

⁷ Ver datos del Acápito 2.2. Cumplimiento de condicionalidades, de la Sección 2. Barreras de Acceso al Programa Juntos del presente documento. JUNTOS (2009), Boletín Estadístico – A Agosto 2009, N° 6.

Tomando en cuenta la norma técnica 028 MINSA/DGSP, Norma Técnica de Atención Integral de Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas, y considerando como poblaciones “excluidas y dispersas” a aquellas que se encuentran a más de tres horas del establecimiento de salud más cercano por el medio de transporte más usual en la zona, o a aquellas que por su ubicación están a una distancia de más de un día de un establecimiento de referencia de mayor capacidad resolutive que el establecimiento en donde se inicia la atención, sabemos que las poblaciones geográficamente excluidas se encuentran ubicadas en las áreas rurales⁸ alto andinas y amazónicas, y están distribuidas en centros poblados menores, caseríos, comunidades campesinas, comunidades nativas y centros poblacionales no reconocidos como pagos, anexos, etc. (Eyzaguirre Beltroy, Fallaque Solís, and Lou Alarcón 2007:25).

Como lo muestra la Tabla N° 1, el 12.4% de la población indígena amazónica cuya lengua materna está definida como “otra nativa” se encuentra a una distancia de 2 a 4 horas de un establecimiento de salud de categoría igual o mayor a I-2 (Puesto de Salud) y el 14.9% a una distancia mayor a 4 horas de dicho establecimiento. El 35.2% de esta misma población se encuentra a una distancia de 2 a 4 horas de un establecimiento de salud de categoría igual o mayor a I-4 (Centro de Salud) y el 45.4% a una distancia mayor de 4 horas de este mismo establecimiento. Este porcentaje se incrementa al 33.7% y 53.3% respectivamente cuando se trata de acceder a un Hospital categoría II-1.

En el caso de la población quechua el 5.3% se encuentra a una distancia de 2 a 4 horas de un establecimiento de salud de categoría igual o mayor a I-2 y el 3.3% a una distancia mayor a 4 horas de dicho establecimiento. El 15.0% de esta misma población se encuentra a una distancia de 2 a 4 horas de un establecimiento de salud de categoría igual o mayor a I-4 (Centro de Salud) y el 4.9% a una distancia mayor de 4 horas de este mismo establecimiento. Este porcentaje se incrementa al 30.3% y 14.6% respectivamente cuando se trata de acceder a un Hospital categoría II-1.

Finalmente en el caso de la población aymara el 0.7% se encuentra a una distancia de 2 a 4 horas de un establecimiento de salud de categoría igual o mayor a I-2 y el 0.2% a una distancia mayor a 4 horas de dicho establecimiento. El 7.5% de esta misma población se encuentra a una distancia de 2 a 4 horas de un establecimiento de salud de categoría igual o mayor a I-4 (Centro de Salud) y el 0.6% a una distancia mayor de 4 horas de este mismo establecimiento. Este porcentaje se incrementa al 8.3% y 2.1% respectivamente cuando se trata de acceder a un Hospital categoría II-1.

De acuerdo a esto datos es la población amazónica la que tiene mayores problemas de acceso a los servicio de salud, sea cual fuere la categoría del establecimiento. En segundo lugar está la población quechua, siendo la población aymara la que tiene menores barreras geográficas para acceder al servicio de salud. Vemos también que en el caso de la población cuya lengua materna está definida como “otra nativa”, el porcentaje de población que está a una distancia mayor de 4 horas de algún

⁸ De acuerdo a la definición censal, un centro poblado rural “es aquel que no tiene 100 viviendas contiguas ni es capital de distrito; o que teniendo más de 100 viviendas se encuentran dispersas o diseminadas sin formar bloques o núcleos” (Manual de Actualización Cartográfica y Elaboración de Directorios. Censos Nacionales del 2000: X de Población y V de Vivienda. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú). De acuerdo a la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES CONTINUA, existen dos tipos de centros poblados rurales: “el centro poblado rural con 500 a menos de 2000 habitantes; sus viviendas generalmente están agrupadas en forma contigua formando manzanas y calles. El centro poblado rural con menos de 500 habitantes; una de sus principales características es que tiene sus viviendas dispersas. Uno o más de estos centros poblados se agrupan para formar un Área de Empadronamiento Rural (AER) que tiene en promedio 100 viviendas rurales” (Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES CONTINUA. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú).

establecimiento de salud es siempre mayor que el porcentaje de población que está a una distancia de 2 a 4 horas. Lo contrario ocurre con la población quechua, cuyos porcentajes indican que la población que está a una distancia mayor de 4 horas de un establecimiento de salud cualquiera sea su categoría siempre es porcentualmente menor que aquella que está una distancia de 2 a 4 horas. Esto significa que la dispersión poblacional y, con ello, las barreras de acceso geográfico y la exclusión son problemas que afectan principalmente a la población amazónica; y si bien la población quechua también se ve afectada por estos problemas, ello ocurre en un menor porcentaje de su población. En el caso de la población aymará la población que en términos relativos ve limitado su acceso al servicio de salud es aún menor.

Tabla Nº 1 Acceso físico de la población de los departamentos Amazonas, Apurímac, Ayacucho, Cajamarca, Cusco, Huancavelica, Huanuco, Puno y Ucayali a establecimientos de salud de distinta categoría (%).

	POB2005	EESS Categ >= II-2					EESS Categ >= II-1					EESS Categ >= I-4				EESS Categ >= I-3				EESS Categ >= I-2			
		POB< 30min	POB< 1h	POB< 2h	POB< 4h	POB< 6h	POB< 30min	POB< 1h	POB< 2h	POB< 4h	POB< 6h	POB< 30min	POB< 1h	POB< 2h	POB< 4h	POB< 30min	POB< 1h	POB< 2h	POB< 4h	POB< 30min	POB< 1h	POB< 2h	POB< 4h
REGIÓN NATURAL	6,142,912	21.4	30.5	43.6	72.2	89.3	35.4	47.0	66.8	88.9	94.9	47.5	63.4	83.3	94.8	57.8	74.9	89.7	96.5	65.0	81.3	92.6	97.3
Costa	21,381	0.0	0.0	31.7	93.3	99.5	0.0	0.0	31.7	96.4	99.8	36.3	44.9	83.4	99.6	38.9	48.4	87.1	99.6	57.2	82.2	98.9	100.0
Sierra	4,908,289	21.8	32.9	47.5	76.8	92.1	34.7	47.5	68.4	91.4	96.7	47.5	65.2	85.9	96.6	58.2	76.7	91.9	97.6	65.6	83.1	94.2	98.1
Selva	1,213,242	20.5	21.2	27.8	53.1	77.9	39.1	45.8	60.5	78.7	87.8	47.4	56.6	72.8	87.2	56.7	68.1	81.0	91.7	62.9	73.7	86.1	93.7
IDIOMA	6,142,912	21.4	30.5	43.6	72.2	89.3	35.4	47.0	66.8	88.9	94.9	47.5	63.4	83.3	94.8	57.8	74.9	89.7	96.5	65.0	81.3	92.6	97.3
Castellano	3,496,096	35.5	44.9	52.2	75.4	91.2	50.5	57.9	73.6	91.3	95.7	59.5	71.0	86.1	95.1	66.9	79.1	90.6	96.8	72.3	84.0	93.2	97.7
Quechua	2,266,542	3.0	11.0	29.8	66.6	87.9	13.2	28.8	55.1	85.4	94.3	30.6	51.9	80.1	95.1	45.4	68.3	88.5	96.1	54.9	77.1	91.4	96.7
Aymara	298,473	2.4	17.1	58.4	95.7	98.2	37.4	70.2	89.6	97.9	99.0	46.2	77.3	91.9	99.4	57.1	88.2	98.8	99.8	68.3	93.0	99.1	99.8
Otra Nativa	81,801	0.0	0.0	0.0	2.2	12.9	2.0	4.5	13.0	46.7	65.8	3.4	8.7	19.4	54.6	17.3	29.3	51.5	80.5	23.0	39.3	72.7	85.1
ESTRATO	6,142,912	21.4	30.5	43.6	72.2	89.3	35.4	47.0	66.8	88.9	94.9	47.5	63.4	83.3	94.8	57.8	74.9	89.7	96.5	65.0	81.3	92.6	97.3
20 mil -100 mil viviendas	906,912	77.1	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
10 mil – 20 mil viviendas	481,183	70.9	70.9	80.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
4 mil – 10 mil viviendas	388,899	24.7	35.8	44.3	69.0	96.7	86.9	86.9	90.6	100.0	100.0	97.2	97.2	97.2	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
400 - 4 mil viviendas	790,397	9.4	18.4	39.5	76.9	92.6	21.4	44.3	70.4	94.3	97.8	65.6	79.7	92.9	99.0	89.2	96.3	99.4	100.0	96.3	99.2	99.6	100.0
100 – 400 viviendas	1,353,306	4.5	12.6	30.5	69.7	90.1	11.4	30.6	60.6	88.6	95.9	25.1	53.3	82.9	96.4	42.7	71.2	91.6	97.9	58.0	82.0	95.1	98.6
50 - 100 viviendas	1,090,408	2.6	8.8	25.2	58.7	80.9	7.6	21.7	50.0	80.8	89.7	16.3	40.5	72.0	88.9	26.4	55.1	80.1	92.0	34.8	64.5	84.7	93.5
< 50 viviendas	1,131,807	1.6	6.3	18.6	51.8	78.4	4.0	14.3	38.7	75.8	88.8	10.0	29.9	62.5	87.4	18.0	44.1	73.7	90.9	25.7	54.6	80.5	93.2
ÁMBITO	6,142,912	21.4	30.5	43.6	72.2	89.3	35.4	47.0	66.8	88.9	94.9	47.5	63.4	83.3	94.8	57.8	74.9	89.7	96.5	65.0	81.3	92.6	97.3
Urbano	2,974,844	41.1	52.8	62.8	84.7	95.8	64.7	72.4	83.6	96.4	98.8	79.4	86.9	94.4	99.2	89.8	95.2	98.6	99.8	95.4	98.2	99.5	99.9
Rural	3,168,068	3.0	9.5	25.5	60.4	83.2	8.0	23.2	50.9	81.9	91.3	17.5	41.4	72.8	90.6	27.8	55.9	81.3	93.3	36.5	65.4	86.0	94.8
AmbGeo	6,142,912	21.4	30.5	43.6	72.2	89.3	35.4	47.0	66.8	88.9	94.9	47.5	63.4	83.3	94.8	57.8	74.9	89.7	96.5	65.0	81.3	92.6	97.3
<= 1 Hab/Km2	12,181	0.0	0.8	1.4	8.4	32.0	0.0	1.8	10.7	35.8	52.9	0.3	3.6	18.2	58.1	1.1	5.0	30.1	68.0	1.4	8.7	39.1	69.5
1 - 6 Hab/Km2	187,946	0.0	0.7	3.3	25.8	46.2	0.5	1.8	11.6	45.9	63.6	1.1	5.0	25.7	62.6	2.4	12.4	42.0	71.6	6.5	23.8	55.1	77.2
6 - 24 Hab/Km2	954,700	0.3	2.4	13.5	46.0	72.5	1.3	7.5	30.2	68.9	86.6	5.2	21.4	55.4	85.0	13.1	37.8	70.1	89.6	24.9	53.6	79.5	92.0
24 - 60 Hab/Km2	1,514,954	0.6	6.0	25.4	61.9	86.3	3.6	19.9	51.2	85.9	94.7	16.1	44.0	77.8	95.5	36.6	65.5	88.7	97.6	49.6	75.2	92.1	98.7
60 – 120 Hab/Km2	1,149,073	3.6	14.7	36.6	76.7	95.4	10.2	34.8	70.4	94.7	97.5	35.9	64.9	91.5	97.1	55.0	80.6	95.1	97.8	65.0	86.4	95.8	97.9
120 – 240 Hab/Km2	475,671	10.1	21.4	41.6	78.5	94.8	43.0	62.0	80.3	99.8	100.0	80.0	89.9	96.4	100.0	85.9	95.6	99.7	100.0	87.5	96.5	99.8	100.0
> 240 Hab/Km2	1,848,387	65.8	80.4	83.2	94.7	100.0	96.7	98.4	98.6	100.0	100.0	98.7	99.8	100.0	100.0	98.8	99.8	100.0	100.0	99.0	99.8	100.0	100.0

Fuente: CORDERO, Luis: Tablas de acceso físico. 2006.

También es importante señalar que la definición de población “excluida y dispersa” toma en cuenta no solamente la distancia al establecimiento de salud sino también la carencia de vías de comunicación y lo limitado del transporte público o privado en las zonas rurales del país; lo que hace que las distancias sean recorridas en mayor tiempo y con mayor precariedad de medios⁹. En efecto, es recurrente que, sea por la falta de caminos carrozables, el ausente o escaso tránsito de transporte público o el costo de tales servicios, la población rural e indígena alto andina tiene que trasladarse a pie durante largas horas o incluso días desde su vivienda hasta el puesto de salud (Programa de Apoyo Directo a los más pobres - JUNTOS 2008). Analizando la situación de las poblaciones indígenas amazónicas Awajún, Ashéninka, Machiguenga y Shipibo-Conibo en los distritos de Imaza (región Amazonas), Raymondi (región Ucayali), Manu (región Madre de Dios) y Contamana (región Loreto), la Defensoría del Pueblo ha concluido también que “las poblaciones de las comunidades nativas tienen primordialmente sólo dos medios para acceder a los establecimientos de salud: la caminata y/o la embarcación; no existe en estas zonas un servicio regular de transporte, sea fluvial o terrestre” (Defensoría del Pueblo 2008:34)

Además de la ruralidad, dispersión y los problemas de comunicación y transporte, las barreras de acceso geográfico a los servicios de salud se ven afectadas a su vez por la alta movilidad estacional de las familias indígenas que en ciertas épocas del año migran por razones laborales o se alejan incluso más de los establecimientos de salud por sus labores agrícolas o de pastoreo.

No cabe duda que las distancias, la precariedad de las vías de comunicación, el limitado transporte público, el tiempo y el costo que implica para la población su traslado hacia los establecimientos de salud desincentivan el uso de los servicios de salud en general y de CRED en particular. Dadas estas dificultades de acceso geográfico, cabe preguntarnos –como lo hacen los prestadores de salud en Chuschi (ver Recuadro N° 3 del Anexo N° 3)- si el estándar de 11 controles para niños menores de 1 año, esto es, 11 recorridos ‘preventivos’ de la madre o cuidadora hacia el establecimiento de salud más cercano, es un estándar alcanzable en las condiciones de acceso en las que vive la población indígena excluida y dispersa.

Las barreras de acceso geográfico no se limitan a explicar únicamente por qué la población no accede o usa los servicios de salud. La dispersión y aislamiento de las comunidades indígenas son un desafío para la oferta de atención de salud que tiene que hacer equilibrios entre una distribución eficiente de los establecimientos de salud y un trabajo itinerante, extramural y comunitario de primer nivel de atención. Las dificultades de la oferta de servicios en ambos aspectos para atender a la población indígena son precarios.

El trabajo extramural convencional en establecimientos de salud tiene varias limitaciones pues además de la falta de entrenamiento y la sobrecarga de trabajo administrativo en el primer nivel de atención (un prestador maneja varios programas),

⁹ Un comentario útil aunque antiguo de Carmen Montero al respecto es el siguiente: “Si la dispersión significa aislamiento, y eventualmente abandono y encierro, es una cuestión que depende de la disponibilidad, acceso y estado en que se encuentran las vías de comunicación, de la cobertura de los medios de comunicación y de los flujos en el comercio de productos y en el mercado laboral. En 1996 Cáritas del Perú realizó un estudio sobre las condiciones de vida en 142 comunidades rurales en las que ejecutaban sus programas de ayuda alimentaria y programas de desarrollo. Su informe *Cáritas del Perú 1997. La extrema pobreza en el área rural del Perú*. Lima) reporta lo siguiente: “Se pudo constatar el aislamiento físico de las comunidades en el estudio indagando sobre su acceso al transporte vehicular. Un tercio de las comunidades no cuenta con caminos y solamente un 25% tiene acceso a un servicio vehicular más de una vez al día. La mayoría de las comunidades que sí tiene caminos, es atendida por algún tipo de transporte (camión, bus o camioneta) con una frecuencia entre semanal y diaria.” (Montero, Carmen: *La Escuela Rural: estudio para identificar modalidades y prioridades de intervención*. Ministerio de Educación - Instituto de Estudios Peruanos. Lima, 2000).

y dada la precariedad de recursos, ésta entra en tensión con el trabajo asistencial regular en el establecimiento de salud y desmotiva fuertemente al personal de salud que siente que tiene que gastar de su bolsillo (ver barreras económicas) para labores experimentadas como poco gratificantes (ver Recuadro N° 3 del Anexo N° 3). Incluso para comunidades que están a una hora o dos de un establecimiento de salud, este modelo extramural no soluciona las barreras de acceso geográfico pues se implementa poco y de manera deficiente; en el mismo sentido, el punto de corte de comunidades ‘excluidas y dispersas’ como aquellas que se encuentran a más de tres horas del establecimiento de salud más próximo, parece sobreestimar la capacidad actual de los servicios para implementar actividades extramurales en comunidades que están a menos tiempo.¹⁰

En relación con el trabajo itinerante, desde 1998 existían en el país diversas experiencias de trabajo móvil (p.ej. las ELITES) que fueron en el 2005 normadas con la misma norma técnica 028 MINSA/DGSP. Esta norma establece que para brindar el Paquete Básico de Atención Integral de Salud a las Poblaciones Excluidas y Dispersas, mediante la modalidad de oferta flexible, es decir, a través de la “movilización de manera estratégica y periódica”, se conformará un Equipo Itinerante de Atención Integral de Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas (Equipo AISPED) destinado a complementar el trabajo itinerante.

En el Informe Defensorial N° 134 la Defensoría del Pueblo menciona que “de acuerdo a la Norma Técnica para la Atención Integral en la Etapa de Vida Adulta, la atención extramural implica realizar visitas domiciliarias, consejería familiar, acciones de prevención y promoción de la salud, detección, referencia y seguimiento/acompañamiento de personas y familias en riesgo y/o con daños a su salud”. Sin embargo, luego de la evaluación en campo realizada en 26 comunidades nativas Awajún, Ashéninka, Machiguenga y Shipibo-Conibo, concluye que: “el servicio de salud resulta insuficiente para atender a las comunidades de su jurisdicción. (...) (dado que) no se cuenta con oferta móvil o está inoperativa para atender a las comunidades más lejanas de su jurisdicción, así como para trasladar a las personas que requieran atención más compleja y/o de emergencia en otros establecimientos de mayor resolución. Es por ello que, en la práctica, la atención es circunstancial o eventual. (...) las postas están a expensas de las embarcaciones que transitan en la zona o tienen que pedir ayuda a la comunidad, y si se contrata un bote va a depender del disponible que tengan para adquirir el combustible necesario para visitar a las comunidades. (...) cuando hay una emergencia los gastos de transporte son asumidos exclusivamente por las familias y/o la comunidad. (...) (También hay casos de) enfermos graves que no pudieron ser trasladados “por falta de apoyo”, lo que grafica la vulneración a los derechos a la vida y la salud a que son sometidos estos ciudadanos y ciudadanas. (...) (En otros casos los gastos fueron) cubiertos por el propio personal de salud, que luego debió esperar hasta que el centro de salud o la DIRESA le reembolsaran su dinero”. En el mencionado estudio también se indagó sobre la presencia de los AISPED en las comunidades, y el 72% de los jefes informó que estos equipos nunca llegaron o lo hicieron muy rara vez. También informaron que “cuando los AISPED llegan, no visitan todas las comunidades, por lo que, por ejemplo, muchos niños se quedan sin vacunar”¹¹ (ver también Recuadro N° 4 del Anexo N° 3). El personal de salud entrevistado agregó que las AISPED no coordinan con el

¹⁰ Un problema relacionado que caracteriza a los establecimientos de salud de zonas rurales e indígenas es el horario de atención. Las personas entrevistadas se quejan permanentemente de que el personal sólo atiende en las mañanas y/o que se ausentan varios días cada cierto tiempo. El horario de atención así planteado tiene que ver con barreas organizativas, pero también con barreras de acceso geográfico que provocan una tensión entre trabajo intramural y extramural.

¹¹ Defensoría del Pueblo: “La salud de las comunidades nativas: un reto para el Estado”. Informe Defensorial N° 134. Lima – Perú, mayo 2008. Página 113.

establecimiento de salud (ver Recuadro N° 5 del Anexo N° 3), lo que genera una sensación de desconfianza en ellos (ver Recuadros N° 6 del Anexo N° 3). Todo ello ha provocado que, en el caso de Satipo, las organizaciones indígenas se opongan a la presencia de las AISPED en las comunidades (ver Recuadro N° 7 del Anexo N° 3).

1.2. Barreras de acceso económico

Las barreras de acceso geográfico a los servicios de salud se traducen también en barreras económicas. Si bien las atenciones CRED están cubiertas por el SIS, además del tiempo que demora el traslado hacia y desde los establecimientos de salud, la población indígena gasta en alojamiento y comida cada vez que 'baja' a los servicios de salud o cuando se ve obligada a asumir los costos del desplazamiento del personal de salud (ver Recuadro N° 8 en Anexo N° 3). Estos gastos son muy difíciles de afrontar especialmente entre la población de Anapate, en la medida en que el dinero es un bien poco disponible, dado que no realizan actividades productivas que les permita obtenerlo (ver Recuadro N° 9 en Anexo N° 3).

De otro lado, estas barreras de acceso geográfico se traducen también en limitaciones en la oferta de servicios de salud en la medida que el personal de salud no dispone de los recursos logísticos y financieros (p.ej. movilidad, gasolina, etc.) para trasladarse a las comunidades indígenas o nativas e implementar una oferta extramural o itinerante; las consecuencias perversas de esta situación se ejemplifican bien en Chuschi, mientras que en Otica se observan las ventajas de contar con un medio de transporte para poder realizar el trabajo extramural, aunque de manera limitada (ver Recuadro N° 8 en Anexo N° 3).

Estas limitaciones presupuestales afectan también la calidad del servicio, como por ejemplo, la imposibilidad del establecimiento de realizar pruebas de laboratorio (ver Recuadro N° 10 en Anexo N° 3).

1.3. Barreras de acceso cultural

La población indígena cuenta con un sistema de salud propio: "los términos salud / enfermedad enmarcados en los sistemas de salud indígenas, señala Flores-Guerrero (s/f), comprende un conjunto integrado de ideas, conceptos, creencias, mitos y procedimientos – sean explicables o no – relativos a las enfermedades físicas, mentales o desequilibrios sociales en un pueblo determinado. (...) Este conjunto integrado de conocimientos explica los procedimientos de diagnóstico, pronóstico, curación, prevención de las enfermedades y promoción de la salud, y se transmiten por tradición y verbalmente, de generación en generación, dentro de las comunidades"¹². A este conjunto integrado de conocimientos y prácticas, incluyendo a los actores que las ejercen, llamaremos genéricamente sistema tradicional de salud.

La práctica de la atención en salud ha privilegiado un sistema dominante que, en la mayoría de los casos, no reconoce los diversos sistemas tradicionales de salud. En el caso de la desnutrición crónica, varios estudios han dado cuenta sobre las brechas que hay entre la nosología y terapéutica biomédica y aquellas tradicionales. Estas brechas tienen consecuencias en términos de la capacidad de los servicios CRED de alcanzar coberturas deseables: en la medida en que el servicio CRED no tenga competencias interculturales¹³, ignore, desvalore y no 'negocie' en la consejería y en

¹² Flores-Guerrero, Rodrigo: Salud, enfermedad y muerte: lecturas desde la antropología sociocultural. Universidad de Chile.

¹³ La salud intercultural plantea "el respeto y la comprensión mutua entre saberes relacionados con la salud de actores culturalmente distintos; (...) un modelo de salud con enfoque intercultural debería potenciar y/o incorporar en el

la atención con los saberes tradicionales locales (ver Recuadro N° 11 del Anexo N° 3), mujeres y cuidadoras madres de niños menores de 3 años no verán en el encuentro CRED un espacio de aprendizaje, confianza y respeto.

Si el objetivo de CRED es lograr que la población acepte su servicio y confíe en sus recomendaciones y explicaciones, es clave repensar esta oferta en términos interculturales, esto es instalando en la consejería y atención CRED, tanto un proceso de reconocimiento y negociación de diferencias culturales en el cuidado físico (nutricional y de salud) y psicosocial infantil; como un proceso educativo de transmisión de conocimiento científico como derecho ciudadano. Este doble proceso no se puede instalar por supuesto con prestadores de salud que apelando a la autoridad del 'conocimiento científico' se dedican a dar recomendaciones sin explicarlas y sin tomar en cuenta posibles divergencias con la nosología o terapéutica local (ver Recuadro N° 11 del Anexo N° 3). La población se encuentra como convidada de piedra en un proceso que debería ser dialógico, sobre todo en el marco de una expectativa de adopción de comportamientos clave que, como es en el caso de la lógica PAN, difícilmente se provocan a partir de mecanismos coercitivos. El poco logro de JUNTOS para acercar la demanda a los establecimientos de salud es también una muestra de esto (ver más adelante acápite sobre barreras de acceso a Juntos). Se configura entonces una situación de tensión permanente entre el personal de salud y la población indígena: las entrevistas nos indican que mientras que los primeros tienen la percepción de que las mujeres son 'descuidadas', 'sonsas', que 'no entienden' y que 'no toman conciencia' de la importancia de la salud de sus hijos/as –y por ello las amenazan y las órdenes que les dan para que cumplan con sus recomendaciones-, las mujeres soportan esta actitud y trato silenciosamente, a pesar del malestar que ello les causa, y muchas evitan volver (ver Recuadro N° 12 del Anexo N° 3).

Una intervención nutricional que presupone una relación vertical y la necesaria 'obediencia' por parte de la población tiene pocas oportunidades de éxito, y sin embargo lamentablemente no todos los profesionales y técnicos de salud están interesados en negociar sus recomendaciones con los conocimientos previos de la población ni con sus decisiones y deseos (ver Recuadro N° 12 del Anexo N° 3). Es en este punto donde lo que podría describirse como 'mal trato' en los servicios de salud tendría que entenderse en términos más bien estructurales como exclusión cultural o discriminación étnica. En este sentido, las barreras culturales a los servicios que experimenta la población indígena se intersecan con barreras económicas, políticas, y sociales más amplias: en el caso de Chuschi, por ejemplo, es su condición de campesina, pobre, sin escolaridad, quechua-hablante, etc. lo que podría determinar que las mujeres indígenas que acuden a los servicios reciban no sólo un 'mal trato' sino una provisión de servicios de mala calidad. Si la discriminación étnica y la consejería poco dialógica son dos caras de la misma moneda, ambos aspectos, el buen trato y las competencias técnicas de los prestadores de salud, deberían repensarse desde una perspectiva tanto intercultural como de derechos humanos en salud.

En opinión de la Defensoría del Pueblo, "el personal que labora en los establecimientos de salud que atienden a poblaciones indígenas, carece de una formación profesional con enfoque intercultural. (...) la medicina tradicional puede ser aceptada –o tolerada- por el servicio de salud si se trata del uso de plantas medicinales y/o la práctica del parto vertical, ya que existe actualmente una norma que regula su uso. (...) Sin embargo, no se ha podido apreciar, a partir de las entrevistas,

sistema de salud todos aquellos conocimientos, recursos humanos y materiales que la población utiliza para la promoción, prevención y recuperación de su salud" (Eyzaguirre 2007:44)

referencia alguna respecto al trabajo con los agentes tradicionales de la salud (“curanderos”, “chamanes”, “yerberos”, “vaporadoras”), vale decir la posibilidad de interactuar con ellos en la atención de salud. Y es altamente probable que se continúe considerando estas prácticas tradicionales como incivilizadas o premodernas, en el mejor de los casos”¹⁴. A estos desencuentros culturales se añade la dificultad del idioma, muchos prestadores de salud no hablan lenguas nativas. Habría que ponderarse en cualquier caso si es la lengua o la actitud la que es la barrera cultural determinante (ver Recuadro N° 13 del Anexo N° 3).

Existen esfuerzos actualmente de adecuación cultural del parto, pero en el tema nutricional es poco lo que se ha avanzado en este sentido. CRED no tiene normas de adecuación cultural, los protocolos de atención no tienen una perspectiva dialógica e intercultural y la nosología y terapéutica indígena en relación al cuidado infantil no se discute ni se negocia en la consejería CRED.

1.3. Barreras de acceso institucional

Los prestadores de salud de establecimientos de primer nivel de atención de zonas rurales trabajan en condiciones realmente precarias; son estas condiciones las que se describen aquí como barreras institucionales. De acuerdo a los entrevistados, existen brechas en relación con el número de personal CRED necesario para atender la creciente cobertura generada por JUNTOS. El personal de salud se siente sobrecargado de trabajo, con un reconocimiento económico muy por debajo de sus expectativas y sin ninguna garantía de estabilidad laboral (ver Recuadro N° 14 del Anexo N° 3)

Además de lo que implica para el personal de salud el separarse de su familia, el aislamiento dadas las barreras de acceso y comunicación, y en muchos casos el desconocimiento de la lengua y cultura local; la poca remuneración, la falta de estímulos e incentivos, y el que incluso tengan que asumir costos “de su propio bolsillo”, hace que consideren el trabajo en zona rural como un castigo¹⁵ (ver Recuadro N° 14 del Anexo N° 3). Esto no solamente desmotiva al personal de salud para cumplir a cabalidad sus labores sino que también genera que busque salir de la zona rural. Esto aunado a las políticas de contratación y de recursos humanos en el MINSA, genera una alta rotación de personal en la zona rural, lo que limita seriamente la posibilidad de proveer un servicio CRED sostenido y de calidad. Esto tiene también consecuencias en la población que se ve expuesta a cambios permanentes de personal, limitándose así las posibilidades de establecer una relación de confianza entre las partes.

Otra de las barreras de acceso institucionales que limitan la calidad en la entrega de servicios es el tema de disponibilidad de insumos, medicamento y equipos (ver Recuadro N° 15 del Anexo N° 3). El estudio en comunidades amazónicas de la Defensoría del Pueblo alerta sobre la falta de equipamiento y de medicamentos en los establecimientos de salud. Así por ejemplo, más de la mitad de los establecimientos de salud de las comunidades estudiadas no cuentan con “cadena de frío” (para conservar las vacunas o los sueros antiofídicos) o no están en funcionamiento. Asimismo los puestos de salud están desabastecidos de medicamentos; una de las razones es que si bien su adquisición se financia con los recursos del SIS, no cuentan con presupuesto para recogerlos desde los puntos de distribución. Una vez más el personal de salud se ve obligado a recurrir al apoyo de las comunidades o, de no

¹⁴ Defensoría del Pueblo: “La salud de las comunidades nativas: un reto para el Estado”. Informe Defensorial N° 134. Lima – Perú, mayo 2008. Páginas 114-116.

¹⁵ Defensoría del Pueblo: “La salud de las comunidades nativas: un reto para el Estado”. Informe Defensorial N° 134. Lima – Perú, mayo 2008. Páginas 107-111.

obtenerlo, a financiar el traslado con sus propios recursos, gasto que no reconoce ni reembolsa el SIS¹⁶.

En la Red Satipo refieren los trabajadores en particular que el SIS “no reembolsa la totalidad del dinero correspondiente a las atenciones realizadas” (ver Recuadro N° 17 del Anexo N° 3).

Otra barrera institucional es el sistema de contratación de personal. En el caso de Junín, los concursos de contratación de personal se realizan en Huancayo y se selecciona personal de Huancayo, incluso para el caso de Satipo, lo que posteriormente se traduce en dificultades de desempeño en un medio que le resulta absolutamente desconocido, como las comunidades asháninkas (ver Recuadro N° 18 del Anexo N° 3).

2. Barreras de Acceso al Programa JUNTOS

En este acápite se discuten las barreras de acceso que tienen los hogares indígenas al programa JUNTOS y se presentan los resultados siguiendo los pasos de implementación del programa: afiliación, cumplimiento de condicionalidades, pago y graduación del programa.

2.1 Afiliación a Juntos

2.1.a. Focalización geográfica.

De acuerdo a los estudios realizados por Lorena Alcazar, “los criterios utilizados para la focalización geográfica (ingresos por debajo de la línea de pobreza, Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), desnutrición infantil crónica y afectación por violencia política) han permitido identificar eficientemente los distritos de mayor pobreza”¹⁷. Ello coincide con la opinión del Banco Mundial, el mismo que afirma que una de sus fortalezas es que “el Programa está focalizado en la población rural en situación de pobreza y extrema pobreza y cuenta con mecanismos de focalización claramente establecidos por instituciones externas al mismo (i.e., Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH) del MEF para la focalización geográfica e INEI para la focalización individual)”¹⁸. Resulta problemático sin embargo que el programa no tenga una perspectiva de equidad étnica entre los más pobres: en la medida en que el proceso de focalización geográfica no toma en consideración la pertenencia étnica (ni auto-identificación ni lengua materna), se impide considerar a la población indígena como prioritaria del Programa.

2.1.b Focalización de hogares.

En relación con la **aplicación de ficha socioeconómica del INEI**, Alcázar afirma que “los niveles de pobreza generalizada en los distritos donde interviene Juntos, las debilidades en la aplicación de la encuesta en las zonas de mayor dispersión geográfica especialmente durante las etapas iniciales del programa, y el uso de un algoritmo que no permite establecer adecuadamente la línea de corte entre pobres y no pobres, han generado casos de filtración (inclusión de familias que no debieron ser

¹⁶ Defensoría del Pueblo: “La salud de las comunidades nativas: un reto para el Estado”. Informe Defensorial N° 134. Lima – Perú, mayo 2008. Páginas 105-107.

¹⁷ Alcázar, Lorena: “El Programa Juntos y su impacto en el bienestar de la infancia”. Página 5.

¹⁸ “Programa Juntos – Antecedentes, avances y resultados de evaluación – Síntesis”. Banco Mundial, marzo de 2009. Página 3. Documento elaborado en el marco de la Asistencia Técnica del Banco Mundial al Programa Juntos.

consideradas) y exclusión o subcobertura de familias en extrema pobreza”¹⁹ (ver Recuadro N° 19 del Anexo N° 3).

Respecto de la **asamblea de validación**, la “falta de claridad sobre la naturaleza del proceso de validación ha provocado también malestar (de la población) hacia las autoridades, a quienes se acusa ya sea de haber beneficiado a sus allegados, o de no haber exigido la inclusión de toda la comunidad”²⁰. La inclusión de la Asamblea de Validación en el proceso de focalización de hogares sobre la base de la Asamblea Comunal -con los resultados mencionados- está deslegitimando a la misma y desvirtuando su verdadera función, además de restarle autoridad a sus dirigentes.

Finalmente, en la **incorporación del hogar**, mediante la firma de compromiso, resulta problemático que la beneficiaria firme un acuerdo que no describe las condicionalidades específicas a las que la beneficiaria se compromete: la transferencia se plantea como condicionada a que “cumplan con el compromiso de concurrir a los servicios de salud nutrición e identidad, según cada grupo de edad y considerando la localidad en la que reside de manera permanente.” Estas dificultades en la aplicación de la Ficha INEI, en la validación comunitaria y en la firma del compromiso han podido ser observadas en el caso de Chuschi (ver Recuadro N° 20 del Anexo N° 3).

2.2 Cumplimiento de condicionalidades en salud.

Según el modelo PAN, el programa JUNTOS debería estar incrementando la demanda del servicio CRED. El estudio del Banco Mundial encuentra que la asistencia a controles CRED entre hogares beneficiarios es 37% mayor que entre hogares no beneficiarios²¹; y el comparativo 2008-2009 de controles CRED promedio en los niños beneficiarios por grupos de edad indica que la demanda entre beneficiarios JUNTOS está en aumento en niños menores de 12 meses (de 1.71 a 2.51, +47%) y en niños entre 12 y 23 meses (de 1.94 a 2.56, +39%); pero ha decrecido en niños de 24 a 36 meses (de 1.25 a 0.69, -39%)²². Si contrastamos estos resultados con el estándar, queda claro que incluso en las edades donde la demanda ha incrementado el uso de los servicios CRED es bastante pobre; además 17% de las beneficiarias de JUNTOS no ha asistido a un solo control CRED. ¿Cuáles son las brechas étnicas en el cumplimiento de condicionalidades? Esta información no está disponible, y esto no permite evaluar la situación específica de las poblaciones indígenas.

Lo mismo sucede en relación con el cumplimiento de otras condicionalidades de salud, los hogares beneficiarios del programa JUNTOS tienen una probabilidad 22% mayor de solicitar atención médica cuando sus hijos se enferman y 7% mayor de estar vacunados; aún así solo 43% de estos hogares tiene vacunas completas; pero no se sabe qué tantos hogares indígenas participan o están excluidos en estos resultados. Si los progresos logrados por JUNTOS respecto de la cobertura en salud de sus beneficiarios es aún limitada en la población en general, es muy probable que, dados los problemas de acceso de la población indígena al servicio CRED antes descritos, la situación entre población indígena sea incluso peor.

Un tema clave en relación con el cumplimiento de las condicionalidades que es transversal a los acápite siguientes y que coincide con lo encontrado en la sección de barreras de acceso a CRED, es que el cumplimiento de condicionalidades no es percibido por los promotores ni por la propia población entrevistada como el cumplimiento de un deber frente a un derecho ciudadano, sino como una obligación –

¹⁹ Alcázar, Lorena: “El Programa Juntos y su impacto en el bienestar de la infancia”. Páginas 5-6.

²⁰ Alcázar, Lorena: “El Programa Juntos y su impacto en el bienestar de la infancia”. Páginas 7-8.

²¹ Vakis R. Y Perova E. (2009). Welfare impacts of the JUNTOS Program in Peru. World Bank.

²² JUNTOS (2009), Boletín Estadístico – A Agosto 2009, N° 6.

bajo amenaza- por mandato del Programa. Y al igual que en el caso del maltrato recibido por el personal de salud, las mujeres tampoco reaccionan frente a estas amenazas. “El enfoque de derechos es muy poco trabajado por los operadores del programa. Las demandas del programa son vistas como tareas a ser cumplidas por mandato del personal del programa o los proveedores de servicios, y no como un balance entre deberes y derechos ciudadanos. En Chuschi tanto beneficiarios como proveedores de servicios consideran que es necesario aplicar presión para asegurar el cumplimiento de las condicionalidades. Se utiliza frecuentemente términos como “castigo”, o que las mujeres “no obedecen”, así como amenazas con informar al programa cuando éstas se resisten a adoptar determinados comportamientos, lo que promueve una actitud de sumisión que atenta contra la construcción de una conciencia ciudadana”²³. Este tipo de relación Promotor – beneficiarias limita las posibilidades de lograr cambios de comportamiento en nutrición y cuidado infantil en las madres. En el caso de Anapate la situación es distinta, puesto que si el personal de salud o el promotor de Juntos presiona demasiado a las mujeres, éstas abandonan el Programa (ver Recuadro N° 21 del Anexo N° 3).

Existen otros problemas más específicos que limitan las posibilidades de las beneficiarias para cumplir con las condicionalidades, como por ejemplo los de carácter burocrático, la falta de coordinación entre el personal de salud y el promotor de Juntos, etc. (ver Recuadro N° 22 del Anexo N° 3).

2.2.a. Monitoreo de condicionalidades.

El **rol del Promotor** de JUNTOS es promover y verificar que se cumplan las condicionalidades establecidas por el Programa Juntos. Este promotor se apoya en una red de mujeres integrada por las Presidentas de los grupos de beneficiarias de cada comunidad, para dar charlas, promover el cumplimiento de las condicionalidades y, en general, para articular a las beneficiarias con el Promotor y con el Programa Juntos.

Para verificar el cumplimiento del CRED, el promotor toma información de las historias clínicas de las pacientes y/o del carné del CRED. Sin embargo durante el trabajo de campo se observó que el Programa transfiere los 100 soles mensuales sin que las beneficiarias cumplan necesariamente con las condicionalidades de salud, lo que limita el poder del programa para fomentar la demanda de CRED.

De acuerdo a los resultados del estudio de Alcázar, “los testimonios indican que Juntos carece de una política clara para garantizar el derecho a la información sobre aspectos claves del programa (ver Recuadro N° 23 del Anexo N° 3), tanto entre las beneficiarias como en la comunidad más amplia. Por ejemplo, la información sobre la duración del programa es vaga e imprecisa, la misma que resulta fundamental para que las familias planifiquen el uso del incentivo a más largo plazo o realicen inversiones que permitan mejorar sus capacidades productivas. La falta de información clara sobre los términos del convenio²⁴ puede alimentar la noción de que el incentivo puede ser retirado en cualquier momento, o ser utilizado como mecanismo de presión. Los criterios de exclusión del programa, salvo algunos que resultan más evidentes, tampoco son suficientemente claros entre la población no beneficiaria”²⁵. En este mismo sentido, se ha señalado también que los promotores (y prestadores de salud)

²³ Alcázar, Lorena: “El Programa Juntos y su impacto en el bienestar de la infancia”. Página 10.

²⁴ Durante el trabajo de campo se constató la falta de información sobre, por ejemplo, la noción de co-responsabilidad, las condicionalidades, las sanciones, así como la proveniencia del dinero que financia el Programa y el destino del mismo cuando las usuarias son sancionadas.

²⁵ Alcázar, Lorena: “El Programa Juntos y su impacto en el bienestar de la infancia”. Páginas 10-11.

piden a las mujeres beneficiarias JUNTOS **condicionalidades extra** (ver Recuadro N° 24 del Anexo N° 3).

Finalmente, a partir de esta información recabada, el promotor ‘amenaza’ y cumple con **sanciones**, cuyos motivos son objeto de rumores, que el programa no logra aclarar (ver Recuadro N° 24 del Anexo N° 3).

Un comentario adicional que vale la pena mencionar. Durante la realización del diagnóstico se nos informó también que los Promotores de Juntos están realizando talleres y visitas domiciliarias para dar orientación nutricional y mediciones de peso y talla.

2.2.b. Efectos del cumplimiento de condicionalidades:

En relación con los **efectos sobre la beneficiaria**, la cantidad de tiempo que las mujeres se ven obligadas a invertir en el Programa Juntos “sugiere la necesidad de revisar en mayor profundidad si estas demandas son realistas y si no se está sobrecargando a las mujeres con mayor cantidad de trabajo no remunerado, tomando en cuenta que muchos de los programas sociales se basan de forma importante sobre el trabajo “voluntario” de la mujer²⁶. Y en relación con los **efectos al interior del hogar**, y de acuerdo a los resultados del estudio realizado por Alcázar²⁷, el cumplimiento de las condicionalidades y, con ello, el pago de los 100 soles, tienen una serie de efectos positivos al interior del hogar; entre ellos:

- La mejora de la alimentación de los hijos/as. Se evidencia una tendencia a consumir mayor cantidad de proteína animal (huevos, carne, leche).
- La compra de animales menores para crianza como un mecanismo de ahorro y capitalización
- Mejoras en la vivienda
- Compra de útiles escolares y uniformes para la escuela.
- Incremento de la asistencia a los servicios de salud preventiva y, con ello, el número de niños/as vacunados, el CRED y el control prenatal.
- Cambios en la dinámica de la relación entre hombres y mujeres; entre otros en la distribución de las tareas en el hogar (por ejemplo, la participación de los varones en las tareas domésticas y el cuidado de los niños/as), la reducción de la violencia doméstica, mayor poder de negociación de las mujeres, etc.

En relación con los **efectos en el prestador de salud**, Alcázar obtiene los mismos resultados en el estudio mencionado: “el programa es visto como un aliado por los profesionales de salud, dado que contribuye a superar la resistencia de las poblaciones más pobres y vulnerables a acceder a los servicios de salud, garantizando un buen nivel de asistencia a sesiones de capacitación, así como mayor receptividad a los mensajes dirigidos a reducir los niveles de desnutrición infantil en la zona”²⁸.

Y finalmente respecto de los **efectos en la relación entre los promotores y el personal de salud**, la relación entre unos y otros no parece ser siempre cordial. Mientras que la focalización de hogares del Programa establece diferencias entre familias elegidas y no elegidas, para el personal de salud entrevistado no hay niños/as Juntos y No Juntos, sino que todos tienen que tener su CRED. Esta aparente contradicción genera tensión entre los operadores²⁹. Adicionalmente el personal de salud se queja de que el promotor de Juntos no les entrega información sobre la

²⁶ Alcázar, Lorena: “El Programa Juntos y su impacto en el bienestar de la infancia”. Página 10.

²⁷ Alcázar, Lorena: “El Programa Juntos y su impacto en el bienestar de la infancia”. Página 7.

²⁸ Alcázar, Lorena: “El Programa Juntos y su impacto en el bienestar de la infancia”. Página 7.

²⁹ Entrevista a representantes de la DIRESA, el Programa Juntos y el SIS de Ayacucho.

relación de las beneficiarias de Juntos ni se les alerta sobre las oportunidades en las que se incorporan nuevos beneficiarios³⁰.

2.3 Proceso de pago y graduación

La lejanía del punto de pago hace que las beneficiarias no cobren mensualmente los incentivos, sino que lo hagan cada cierto número de meses para reducir el gasto que implica su traslado y alimentación. En este contexto el problema más sentido que refieren las beneficiarias es que cuando finalmente van a cobrar, tanto el Banco de la Nación como los responsables de las empresas pagadoras les entregan menos dinero de lo que les corresponde (especialmente en el caso de “las mujeres que no saben contar y hablar”), y el promotor no les da explicación al respecto. Esta queja la hemos encontrado tanto en Chuschi como en Río Tambo. Este problema de “pago incompleto” ocurre también cuando el DNI de la beneficiaria ha caducado; el argumento que aducen los pagadores es que es una multa por no tener su documentación al día (ver Recuadro N° 26 del Anexo N° 3).

Otro problema que refieren las beneficiarias es que el promotor de Juntos no les informa cuáles de ellas están sancionadas, trasladándose inútilmente hasta el centro de pago (ver Recuadro N° 27 del Anexo N° 3). También opinan que los 100 soles no son suficientes, especialmente para las madres solteras con muchos hijos.

Adicionalmente las mujeres se quejan de que en algunos casos los funcionarios del Banco de la Nación no les ofrecen información veraz y/o las maltratan, especialmente a aquellas que no saben hablar castellano.

En el Recuadro N° 28 del Anexo N° 3 se describen problemas relacionados al servicio de pago y en el Recuadro N° 29 del mismo Anexo se hacen comentarios sobre el proceso de graduación del Programa Juntos.

³⁰ Entrevista al personal de salud del CC Huamanguilla.

ANEXO 1: AYACUCHO - POBLACIÓN TOTAL, PRESENCIA DEL PROGRAMA JUNTOS, TASA DE DESNUTRICIÓN CRÓNICA Y LENGUA MATERNA, POR DISTRITO.

NOTA: La variable quechua es la que ordena el conjunto de la información presentada. Es decir, el listado se inicia con el distrito cuya población quechua-hablante representa más del 90% del total, y se termina con el distrito cuya población quechua-hablante representa menos del 10% del total de su población.

Región / Provincia / Distrito	Población total	Presencia del Programa Juntos (1)	2005 % de la población distrital cuya lengua materna es...					
			Tasa de desnutrición crónica (2)	Quechua	Aymara	Asháninka	Otras lenguas nativas	Castellano
ACOCRO	8953	1	48.7	95.51	0.21	0.00	0.02	4.13
ACOS VINCHOS	5100	1	43.2	93.01	0.08	0.00	0.02	6.78
CHIARA	6307	1	37.1	93.68	0.03	0.03	0.00	6.10
SOCOS	6903	1	40.5	95.47	0.11	0.00	0.05	4.31
VINCHOS	15787	1	48.1	97.08	0.06	0.01	0.01	2.71
CHUSCHI	8281	1	54.6	97.92	0.04	0.01	0.05	1.94
LOS MOROCHUCOS	7998	1	35.3	93.40	0.04	0.01	0.00	6.34
MARIA PARADO DE BELLIDO	2831	1	42.3	96.64	0.04	0.00	0.00	3.32
TOTOS	4004	1	43.5	94.28	0.08	0.03	0.00	5.40
SACSAMARCA	1797	1	45.6	94.24	0.12	0.00	0.00	5.47
SANTIAGO DE LUCANAMARCA	2675	1	59.5	95.22	0.12	0.00	0.00	4.38
AYAHUANCO	8874	1	57.2	95.94	0.18	0.02	0.01	3.75
SANTILLANA	7215	1	52.2	96.75	0.14	0.02	0.00	2.98
ANCO	15352	1	58.0	93.11	0.06	0.06	0.18	6.44
CHILCAS	2617	1	33.3	96.56	0.12	0.04	0.00	3.16
CHUNGUI	6311	1	60.1	96.45	0.07	0.23	0.33	2.73
LUIS CARRANZA	2010	1	23.7	95.86	0.16	0.00	0.00	3.87
SAN CRISTOBAL	1944	1	50.6	90.58	0.17	0.06	0.00	9.19
UPAHUACHO	1882	1	55.3	90.78	0.23	0.00	0.00	8.87
SAN SALVADOR DE QUIJE	1600	1	53.6	95.86	0.13	0.00	0.00	3.94
ALCAMENCA	2551	1	36.8	93.45	0.08	0.00	0.00	6.30
HUAMANQUIQUIA	1271	1	37.7	93.43	0.34	0.00	0.00	5.73
HUANCARAYLLA	1791	1	45.8	92.34	0.00	0.00	0.00	7.54
HUAYA	3188	1	47.3	90.38	0.27	0.00	0.00	9.35
SARHUA	2985	1	58.9	98.00	0.07	0.00	0.04	1.90
VILCANCHOS	2906	0	41.8	94.99	0.07	0.00	0.00	4.86
ACCOMARCA	1357	1	32.3	95.64	0.00	0.00	0.00	4.13
CONCEPCION	2885	1	31.2	93.89	0.00	0.04	0.11	5.74
HUAMBALPA	2212	1	48.6	95.35	0.05	0.00	0.00	4.26
INDEPENDENCIA	1815	1	50.0	93.44	0.06	0.00	0.00	6.27
SAURAMA	1464	1	51.7	96.32	0.00	0.00	0.00	3.68
OCROS	5694	1	38.3	81.95	0.04	0.00	0.00	17.49
QUINUA	6115	0	41.3	87.00	0.07	0.02	0.02	12.76
SAN JOSE DE TICLLAS	2442	1	38.6	83.59	0.09	0.00	0.00	16.28
TAMBILLO	5068	1	43.4	85.33	0.04	0.02	0.00	14.46
PARAS	5017	1	51.3	85.65	0.04	0.02	0.04	14.16
CARAPO	2609	1	45.5	84.37	0.12	0.00	0.00	15.46
HUAMANGUILLA	5200	1	45.1	86.27	0.12	0.00	0.06	13.39
IGUAIN	2697	1	46.4	81.05	0.00	0.04	0.00	18.67

SAN MIGUEL	18775	1	44.3	84.03	0.07	0.03	0.02	15.64
TAMBO	17637	1	58.6	87.40	0.08	0.05	0.02	12.36
SAN PEDRO	3317	1	47.7	80.50	0.23	0.00	0.06	19.02
CHALCOS	721	0	26.9	81.70	0.15	0.00	0.00	18.16
CHILCAYOC	668	0	35.8	86.71	0.00	0.00	0.00	13.13
MORCOLLA	1603	1	42.0	85.58	0.13	0.00	0.00	14.22
PAICO	953	0	39.4	80.74	0.34	0.00	0.00	18.81
SANTIAGO DE PAUCARAY	917	1	44.1	84.16	0.00	0.00	0.00	15.84
APONGO	1256	1	47.5	87.92	0.00	0.00	0.08	11.83
CAYARA	1335	1	40.2	88.63	0.24	0.00	0.08	10.73
COLCA	1220	1	40.0	83.11	0.00	0.00	0.00	16.27
VILCAS HUAMAN	8300	1	43.9	87.91	0.08	0.01	0.10	11.78
CARHUANCA	1149	1	35.2	83.83	0.09	0.00	0.00	15.90
VISCHONGO	4418	1	43.4	83.00	0.12	0.00	0.00	16.54
SANTIAGO DE PISCHA	1467	1	38.7	76.33	0.14	0.00	0.00	23.16
CANGALLO	6771	1	33.0	75.10	0.19	0.00	0.08	24.48
CHIPAO	3965	1	41.3	73.03	0.00	0.00	0.27	26.54
CHUMPI	2981	1	42.5	70.22	0.07	0.00	0.00	29.61
CORONEL CASTAÑEDA	1290	1	48.2	70.89	0.49	0.00	0.08	28.37
SAN FRANCISCO DE RAVACAYCO	673	1	59.6	73.62	0.00	0.00	0.00	26.22
COLTA	797	0	23.6	72.20	0.26	0.00	0.13	27.40
HUACAÑA	642	0	34.8	78.18	0.00	0.00	0.00	21.65
ASQUIPATA	488	1	30.6	79.18	0.00	0.00	0.00	20.82
PACAYCASA	2842	1	33.5	60.68	0.11	0.00	0.04	39.05
LURICOCHA	5089	1	43.7	65.24	0.15	0.02	0.02	34.44
SIVIA	11956	1	45.5	67.11	0.06	0.02	0.00	32.68
LLOCHEGUA	12131	1	47.8	66.25	0.09	0.70	0.03	32.81
AYNA	10196	0	46.1	62.57	0.12	0.48	0.04	36.67
SANTA ROSA	11200	1	46.5	65.82	0.08	0.42	0.03	33.53
CHAVIÑA	2355	1	41.3	60.77	0.05	0.00	0.14	39.01
PACAPAUZA	1607	1	33.9	60.64	0.00	0.00	0.00	39.10
OYOLO	1166	1	53.7	62.48	0.09	0.09	0.37	36.69
SAN JAVIER DE ALPABAMBA	510	0	22.7	66.06	0.20	0.00	2.02	31.72
SORAS	1236	0	26.8	64.39	0.09	0.00	0.00	35.18
HUANTA	40198	1	41.0	52.78	0.09	0.02	0.09	46.89
AUCARA	4400	0	32.4	52.65	0.07	0.02	0.05	47.04
CABANA	3252	1	37.4	57.13	0.19	0.06	0.00	42.61
CARMEN SALCEDO	3427	1	42.7	56.46	0.03	0.00	0.00	43.24
LUCANAS	3777	1	37.7	57.23	0.06	0.00	0.28	42.23
SANCOS	5548	1	44.3	41.10	1.20	0.02	0.02	57.48
CORCULLA	566	0	28.2	49.43	0.00	0.00	0.00	50.38
SAN PEDRO DE LARCAY	970	0	35.8	49.84	0.22	0.00	0.00	49.95
SAN PEDRO DE PALCO	1552	1	42.3	38.95	0.00	0.00	0.00	60.91
SAN JUAN	1233	0	39.6	27.92	0.17	0.00	0.50	71.24
OCAÑA	3444	0	35.0	14.29	0.12	0.00	0.00	85.22
OTOCA	3013	0	32.6	10.97	0.07	0.00	0.07	88.78

(1) 1 = si; 0 = no.

(2) Los distritos resaltados tienen una tasa de desnutrición crónica mayor al 50%.

ANEXO 2: JUNÍN - POBLACIÓN TOTAL, PRESENCIA DEL PROGRAMA JUNTOS, TASA DE DESNUTRICIÓN CRÓNICA Y LENGUA MATERNA, POR DISTRITO.

NOTA: La variable quechua es la que ordena el conjunto de la información presentada. Es decir, el listado se inicia con el distrito cuya población quechua-hablante representa más del 90% del total, y se termina con el distrito cuya población quechua-hablante representa menos del 10% del total de su población.

Región / Provincia / Distrito	Población total	Presencia del Programa Juntos (1)	2005 % de la población distrital cuya lengua materna es...					Castellano
			Tasa de desnutrición crónica (2)	Quechua	Aymara	Asháninka	Otras lenguas nativas	
SANTO DOMINGO DE ACOBAMBA	8055	1	48.4	71.96	0.07	0.07	0.00	27.47
CULLHUAS	2583	1	51.8	63.39	0.00	0.00	0.00	36.53
PARIAHUANCA	7057	1	52.2	58.38	0.03	0.02	0.00	41.21
ANDAMARCA	5506	1	50.9	42.12	0.06	0.02	0.00	57.42
CHACAPAMPA	1212	1	44.3	31.62	0.00	0.26	0.00	67.77
CHICCHE	1271	1	36.4	36.92	0.00	0.00	0.08	62.76
CHONGOS ALTO	1686	1	31.1	39.15	0.06	0.00	0.25	60.35
CARHUACALLANGA	840	1	60.0	28.15	0.00	0.00	0.00	71.85
HUACRAPUQUIO	1415	1	50.0	21.32	0.08	0.00	10.21	68.17
HUASICANCHA	992	0	46.1	23.76	0.00	0.00	0.00	75.80
PUCARA	5655	0	50.1	21.74	0.04	0.02	0.02	78.04
ULCUMAYO	7142	1	47.2	25.76	0.09	0.01	0.00	74.02
TAPO	5919	1	45.3	28.95	0.00	0.00	0.00	70.78
COMAS	7801	1	56.8	11.41	0.03	0.01	0.03	88.34
LLAYLLA	5143	1	33.7	11.03	0.06	7.16	0.59	80.97
PAMPA HERMOSA	7508	1	42.2	15.18	0.04	1.07	0.00	83.60
RIO TAMBO	32575	1	59.6	11.01	0.44	58.52	1.01	28.95
SAN JUAN DE JARPA	3664	1	51.7	14.94	0.03	0.00	0.00	84.94
COLCA	1994	1	51.7	8.76	0.11	0.05	0.00	90.88
INGENIO	2652	1	61.2	1.04	0.08	0.00	0.00	98.72
ACO	1951	1	34.1	0.59	0.00	0.00	0.00	99.30
CHAMBARA	2985	1	55.5	4.86	0.00	0.04	0.00	94.82
COCHAS	2227	1	56.3	0.49	0.15	0.00	0.00	98.82
HEROINAS TOLEDO	1422	1	58.5	0.15	0.00	0.00	0.00	99.85
MARISCAL CASTILLA	1509	1	38.8	0.50	0.00	0.00	0.00	99.36
ORCOTUNA	4056	1	45.8	4.24	0.08	0.03	0.00	95.55
SAN JOSE DE QUERO	6452	1	45.2	1.68	0.00	0.00	0.56	97.66
ACOLLA	8402	1	49.8	2.21	0.03	0.01	0.01	97.62
CANCHAYLLO	1774	0	34.2	0.60	0.00	0.00	0.00	99.28
JANJAILLO	905	1	55.3	4.74	0.00	0.00	0.00	94.91
LEONOR ORDOÑEZ	1651	1	55.8	0.77	0.00	0.06	0.00	98.65
MOLINOS	1816	1	52.9	3.08	0.00	0.00	0.00	96.39
PACA	1251	1	62.6	7.97	0.00	0.00	0.00	92.03
PACCHA	2123	1	43.6	0.25	0.00	0.00	0.00	99.55
PANCAN	1398	1	14.0	2.25	0.00	0.00	0.00	97.52
POMACANCHA	2141	1	46.3	0.41	0.00	0.00	0.00	99.33
RICRAN	1972	1	55.8	3.01	0.00	0.00	0.05	96.56
SINCOS	4469	1	40.1	0.24	0.07	0.00	0.00	99.49

TUNAN MARCA	1404	1	45.3	4.45	0.08	0.00	0.08	95.33
COVIRIALI	5266	0	35.4	3.89	0.00	4.15	0.00	91.64
RIO NEGRO	33118	1	39.2	8.45	0.09	12.42	0.06	78.90
HUARICOLCA	3003	1	38.8	8.16	0.00	0.00	0.00	91.74
SUITUCANCHA	907	0	36.8	1.54	0.00	0.00	0.00	98.34
YANACANCHA	3294	1	42.6	3.05	0.00	0.00	0.00	96.69

(1) 1 = si; 0 = no.

(2) Los distritos resaltados tienen una tasa de desnutrición crónica mayor al 50%.

ANEXO N° 3

ENTREVISTAS REALIZADAS EN AYACUCHO Y JUNÍN

1. Barreras de Acceso al Servicio de Control del Crecimiento y Desarrollo (CRED) y al Seguro Integral de Salud (SIS).

1.1 Barreras de acceso geográficas

Recuadro N° 3 Barreras de acceso geográfico en Ayacucho

De acuerdo a las entrevistas realizadas³¹, el tiempo que les toma regularmente a las mujeres de las comunidades aledañas a Chuschi trasladarse hasta el Centro de Salud es de 2 a 8 horas. En ciertas épocas del año la exclusión geográfica se agudiza. En Huamanguilla, por ejemplo, la población es altamente flotante: las familias migran por temporadas a Huamanga o a la selva³². Lo mismo ocurre en Llaclaurán: en determinadas épocas del año su población migra hacia las tierras altas de la comunidad a cuidar sus cultivos. Ello significa que si las mujeres recorrían de 2 a 3 horas para llegar al Centro de Salud de Chuschi, ahora tendrán que invertir de 6 a 8 horas para llegar a su destino. Esto las desincentiva a cumplir con las condicionalidades del Programa Juntos asociadas a los servicios de salud. En otros lugares de Ayacucho la situación es más compleja ya que las mujeres se demoran hasta un día caminando para llegar al establecimiento; ello significa que invierten por lo menos tres días para cumplir con la condicionalidad: 1er día: traslado – 2do día: CRED – 3er día: traslado. Los promotores afirman que las mamás hacen este sacrificio para llegar al establecimiento por necesidad. En estos casos los promotores no les exigen a las madres que cumplan con los 13 CRED o que asistan a un CRED mensual; lo que se ha hecho es negociar con el establecimiento de salud respectivo para que esa madre asista al CRED cada dos o tres meses (cuando va a la ciudad a cobrar su dinero), pero se le reconoce su asistencia mensual y se le paga normalmente.

Algunos opinan que Juntos ayuda a acercar a la población al establecimiento, pero ello ocurre cuando hay algún otro motivo: ferias, trabajo comunal, etc., es decir, no se acercan sólo por temas de salud. Por ello “si se programa la visita de la población dispersa para que vayan al EESS un día determinado, no van. Si son gestantes, peor aún, porque llegar hasta el puesto de salud les significa un recorrido de 4, 6 u 8 horas de camino. Lo que moviliza a la población es el tema económico y el eje articulador para ello es el mercado. La gente de zonas lejanas sólo llega a Chuschi cuando tiene algo para vender. Si no tienen qué vender, no van. Y nosotros les reclamamos por no venir al EESS cuando muchas veces no tienen ni qué comer”³³. El personal de salud de Chuschi informó que las mujeres no están cumpliendo con los 13 CRED y que es imposible hacerlo. “Mensual, de 105 me vienen 20, ahí pierdo”. Opina que los seis controles que antes se exigía estaban bien. “¿Es posible cumplir con 13 CRED al año?, ¿qué motiva a la gente a acercarse al establecimiento si los hemos acostumbrado a ir sólo cuando están enfermos?, ¿para qué se van a acercar si están sanos?”. Estas son algunas de las preguntas que el personal de la DIRESA Ayacucho se plantea respecto del cumplimiento del CRED.

De acuerdo a la información proporcionada por los prestadores de Chuschi, tampoco están presentes las AISPED en la zona. Es el personal de salud el que se organiza para visitar las comunidades cada dos meses de la siguiente forma: en la jurisdicción del establecimiento hay 12 comunidades y 5 barrios, y tienen un responsable por cada comunidad. Para las visitas se trasladan en la ambulancia hasta donde les sea posible y luego caminan. La comunidad más lejana está a 3 horas en auto pero 3 de ellas son inaccesibles por auto y se tienen que caminar entre 30 minutos y 1 hora. El EESS tiene dinero para la gasolina de la ambulancia, pero no la cantidad suficiente.

El personal de salud manifiesta hacer trabajo itinerante en las comunidades, pero para ello tiene que contar con suficientes recursos humanos. En estos casos son ellos los que tienen que recorrer largas distancias. Así mismo deben cumplir con las convocatorias que les hace la Microrred o la Red de Salud, ya sea para participar en capacitaciones, entregar informes o para coordinar actividades, y muchas veces trasladarse hasta el lugar de convocatoria también les toma mucho tiempo. De acuerdo al testimonio del personal de salud de Auquilla, “dos o tres veces al mes voy a Pomabamba: por ejemplo, los 7 de cada mes voy porque me convocan a reuniones de coordinación de todos los Jefes de EESS; los 27 de cada mes debo entregar informes. Llegar a Auquilla es complicado porque los carros llegan sólo una vez a la semana; esta movilidad la tengo que tomar de madrugada y en ruta”³⁴.

³¹ Entrevista a representantes de la DIRESA, el Programa Juntos y el SIS de Ayacucho.

³² Entrevista al personal de salud del CC Huamanguilla.

³³ Entrevista a representantes de la DIRESA, el Programa Juntos y el SIS de Ayacucho.

³⁴ Entrevista al personal de salud del PS de Auquilla.

En otros lugares como Huamanguilla, la estrategia desarrollada para combatir la desnutrición crónica es la creación de Centros de Vigilancia Comunitaria - CVC; para ello se ha tomado como referencia el modelo de Andahuaylas. Esta estrategia monitorea a las mujeres gestantes y el CRED de menores de 3 años. UNICEF y la Municipalidad los han ayudado financiando la compra de tallímetros y balanzas. Para formar el CVC se organiza a la población y se reúnen cada 15 días. La estrategia incluye la capacitación y empoderamiento de madres consejeras, las mismas que vigilan a las gestantes. Con las madres de los niños/as menores de 3 años trabajan estimulación temprana y sesiones demostrativas. El CRED se hace en el establecimiento porque si se hace en la comunidad el SIS no lo reconoce. El personal de salud responsable del sector³⁵ realiza las sesiones demostrativas cada 15 días en la comunidad; esta actividad no es reconocida por el SIS así que se financia con los recursos del propio personal. La vigilancia comunitaria a menores de 3 años se inicia inmediatamente después del parto institucional (actualmente ya no tienen partos domiciliarios). Como resultado se ha logrado reducir en 15% los niños/as con bajo peso. Según opinión del personal de salud del CS de Huamanguilla, actualmente no es posible hacer el CRED en la comunidad por falta de recursos humanos y materiales, además de que el SIS no reconoce el CRED comunitario. Ante la escasez tienen que privilegiar la atención asistencial”³⁶.

Recuadro Nº 4 Barreras de acceso geográfico en Junín

Las autoridades no saben cuántos desnutridos crónicos hay en la comunidad porque la Técnica en Enfermería no va y porque no les informa. La brigada AISPED sólo permanece un día en la comunidad. Proponen que se quede 3 días por comunidad, porque de lo contrario no terminan de atender a toda la población (no sólo a los niños/as sino atención integral para todos). Además la Técnica debería participar en estas jornadas. Pero la Técnica no va a Anapate hace 2 meses; tampoco visita las otras comunidades. De acuerdo a su opinión, tanto las brigadas como la Técnica deberían dejar un informe a la comunidad cada vez que la visitan. Asimismo la Técnica debería darles charlas a las madres, pero cuando visitaba la comunidad lo hacía rápido, maltrataba a las madres, renegaba y se iba³⁷.

Recuadro Nº 5 Barreras de acceso geográfico en Junín

Antes la TE iba a la comunidad para el CRED, pero desde que llega la brigada (AISPED) a la comunidad, la TE ya no quiere ir. El AISPED le pasa la información a la TE y con estos datos ella informa a la Microrred, entonces ya no tiene necesidad de ir a la comunidad³⁸.

Recuadro Nº 6 Barreras de acceso geográfico en Junín

El personal de salud de Puerto Ocopa desconfía de las AISPED: “se supone que tendrían que presentar un informe que debería ser consolidado en cada establecimiento de salud, pero lo que hacen es copiar las atenciones que ya ha hecho el personal y además ingresan a las comunidades en las que ya está ingresando el personal en vez de irse a las más inaccesibles”³⁹.

Recuadro Nº 7 Barreras de acceso geográfico en Junín

La opinión de las organizaciones indígenas en relación a los AISPED también es negativa; durante mucho tiempo prohibieron que los AISPED entraran y proponían que el dinero que se gasta en los equipos móviles se gaste en la contratación de personal médico asignado a puestos en localidades clave; por insistencia de la Red Satipo, hace dos meses aceptaron que las brigadas vuelvan a entrar en la zona, pero consideran que su trabajo no es eficiente ni efectivo⁴⁰.

³⁵ El personal de salud sectoriza el ámbito de su jurisdicción y selecciona a un responsable por cada sector, el mismo que se encarga de realizar el trabajo extramural.

³⁶ Entrevista al personal de salud del CS Huamanguilla.

³⁷ Reunión con Autoridades de las Comunidades Indígenas Asháninkas de Anapate – Cheni y Ovirí.

³⁸ Reunión con Mujeres Beneficiarias de Juntos de la Comunidad Indígena Asháninka Anapate.

³⁹ Entrevista enfermera de Puerto Ocopa.

⁴⁰ Reunión con representantes de la CART, CARE, FARE, ARPI y CONAP.

1.2. Barreras de acceso económico

Recuadro Nº 8 Barreras de acceso económicas en Ayacucho

De acuerdo a las entrevistas realizadas en Llactaurán⁴¹, las mujeres se trasladan caminando desde su comunidad hasta el Centro de Salud de Chuschi; por lo tanto no les significa ningún gasto económico, aunque sí una inversión de tiempo significativa (aproximadamente 3 horas de camino). En lo que sí gastan es en su alimentación, y si se trasladan con sus hijos/as el gasto es mayor. Si el personal de salud no las atiende el mismo día (les dicen que están ocupados, que regresen al día siguiente), se ven obligadas a pasar la noche en Chuschi y, aquellas que no tienen familiares en el pueblo, a gastar por su alojamiento. En otros casos deciden regresar a la comunidad y volver a bajar a Chuschi al día siguiente, invirtiendo más tiempo y energía de las necesarias.

Esta información es reiterada por el personal de la DIRESA, quienes explican que “la mayor parte de los EESS de Ayacucho son puestos con un solo técnico; además muchas veces el establecimiento está cerrado, por lo que las beneficiarias tienen que regresar al día siguiente, incurriendo en un gasto inútil”⁴². Cuando reciben el servicio del CRED el personal de salud no les cobra porque todas ellas están afiliadas al Seguro Integral de Salud – SIS. Pero cuando el personal de salud se traslada a la comunidad para atender un parto les cobran 100 soles por el servicio y luego, después de dar a luz, se las llevan al Centro de Salud. Según dicen el cobro es una multa por no haber dado a luz en el establecimiento. Además cuando el parto es domiciliario el personal de salud se niega a entregarle a la madre el Acta de Nacido Vivo, documento que emite el establecimiento y que es necesario para inscribir al niño/a en la Municipalidad; finalmente, ante la insistencia de la madre, el personal se lo entrega, pero para ello le cobra alrededor de 10 soles. En otros casos el personal de salud se traslada hasta la comunidad para recoger en una movilidad a la gestante y llevarla al centro de salud para que dé a luz, a cambio de lo cual le cobran seis soles por la gasolina⁴³. El personal de Juntos⁴⁴ informa también que antiguamente el personal de salud atendía los partos en los puestos. Ahora refieren a la gestante al Centro de Salud tomando en cuenta su fecha probable de parto. Las gestantes se resisten a este traslado y si finalmente aceptan hacerlo les provoca mucho malestar dado que no tienen donde alojarse lo que les significa realizar un gasto no previsto.

Las mamás traen a los niños al establecimiento de salud para hacerles el CRED. Pero cada mes hago atención integral en cada comunidad (son tres en total). Este mes por ejemplo tengo programado visitar a las comunidades los días 13, 14 y 15 de noviembre. Me movilizo en una lanchita que tengo. Cuando hago el CRED en la comunidad sello las tarjetas. En mi jurisdicción hay 36 beneficiarias. El problema es que mi presupuesto incluye sólo 10 galones de gasolina al mes para atender a tres comunidades y a las emergencias; eso es muy poco⁴⁵.

Recuadro Nº 9 Barreras de acceso económicas en Junín

Tanto el personal de salud de la Red Huamanga, de Puerto Ocopa, representantes de ONGs y las mismas organizaciones indígenas manifiestan que las barreras económicas están relacionadas a las barreras culturales: la población nativa asháninka no está acostumbrada a cultivar la tierra y esto haría que no dispongan de dinero ni de los alimentos necesarios para alimentar a sus niños (ver barreras culturales)⁴⁶.

Recuadro Nº 10 Barreras de acceso económicas en Junín

Sobre los exámenes de laboratorio, el Técnico del Puesto de Salud de Otica no tiene la posibilidad de enviar las muestras de sangre y orina al Centro de Salud porque no tiene presupuesto para eso. Tampoco puede mandar a las gestantes a Puerto Ocopa para que se hagan sus exámenes porque ellas tampoco pueden ir por falta de recursos⁴⁷.

⁴¹ Entrevista a mujeres indígenas beneficiarias de Juntos de la Comunidad de Llactaurán.

⁴² Entrevista a representantes de la DIRESA, el Programa Juntos y el SIS de Ayacucho.

⁴³ Entrevista a mujeres indígenas beneficiarias de Juntos de la Comunidad de Llactaurán.

⁴⁴ Entrevista a representantes de la DIRESA, el Programa Juntos y el SIS de Ayacucho.

⁴⁵ Entrevista a Técnico de Enfermería del Puesto de Salud de Otica.

⁴⁶ Reunión enfermeras y técnicas de la Microrred de Puerto Ocopa, entrevista enfermera y técnica de enfermería de la Red Satipo, reunión con representantes de la CART, CARE, FARE, ARPI y CONAP y reunión con representante de Cáritas.

⁴⁷ Entrevista a Técnico de Enfermería del Puesto de Salud de Otica.

1.3. Barreras de acceso cultural

Recuadro Nº 11 La desnutrición crónica y sus determinantes según el sistema tradicional de salud en Ayacucho y Junín

Las personas entrevistadas (partera y personal de salud) nos informaron que el concepto de desnutrición crónica no forma parte del sistema tradicional de salud de la población indígena quechua-hablante de Chuschi. Ello posiblemente porque la desnutrición crónica no es percibida por la población como un problema dado que no presenta síntomas; se asume que si el niño está sonriente y corriendo entonces está sano.

Tampoco se percibe los problemas de prematuridad y bajo peso al nacer, especialmente en Anapate, porque ello resulta más o menos común. “Durante la gestación las mujeres no se alimentan bien y por eso los niños nacen con bajo peso, pero no se nota mucho; tampoco se nota mucho el nacimiento de prematuros. Las gestantes asisten al control prenatal y se les da consejería, pero no toman en cuenta los consejos que se les da sobre la alimentación”⁴⁸.

Sin embargo algunos factores asociados a la desnutrición crónica sí tienen una explicación desde su cosmovisión. Nos referimos tanto a las enfermedades diarreicas agudas – ERAs, como a las infecciones respiratorias agudas – IRAs. En estos casos el sistema tradicional de salud identifica los síntomas, determina el diagnóstico y sus causas, y a partir de ellas recomienda el tratamiento. Así por ejemplo, la diarrea se explica por dos razones: porque el niño/a se ha asustado o porque se le ha volteado el estómago. En el caso de Chuschi se explica lo siguiente:

Susto: en este caso la causa es que la persona sufre alguna impresión fuerte. Ocurrido el susto, el espíritu de la persona afectada se separa de su cuerpo; por lo tanto es necesario que el espíritu retorne al cuerpo para restablecer la salud del paciente. Para ello el sistema tradicional de salud recurre a los hallapas (llamadores) para que llamen al espíritu. Este llamado se realiza en un ritual en el que las hallapas (generalmente mujeres ancianas) usan flores y llaman al espíritu a través de cantos que realizan con un tono de voz especial y con mucha devoción. Un ejemplo de sus cantos es: “Esteban, Esteban, dónde te has ido, vuelve, aquí está tu cuerpo, tu alma, tierra pachamama, suelta al niño, que su espíritu vuelva a su alma”.

Estómago volteado: en este caso la causa es que la persona ha realizado un movimiento brusco (en el caso de los adultos, por ejemplo, una caída del caballo). En entrevista con la partera nos dijo que “yo me doy cuenta que el estómago está volteado porque les toco el estómago y siento que a un lado está hinchado y al otro está vacío; entonces los masajeo con grasa y luego los envuelvo con un chumpi. (...) En la posta no saben de esto, tampoco tienen chumpi”. El tratamiento incluye el masaje y/o sacudidas que le hacen a la persona, a veces echado y otras veces parado. Luego le amarran el chumpi alrededor del tronco para sujetarle el estómago.

“En el caso de Anapate la diarrea se explica por las mismas razones: 1) El estómago se volteo; en este caso el tratamiento son masajes hasta regresarlo a su sitio. 2) Susto. Para curarlo se le pasa el huevo y se le envuelve en periódico. Luego se quema el periódico y en él se lee el motivo del susto. También se puede leer poniendo el huevo en un vaso. Para curar la diarrea también se recurre a las vaporeadoras. Estas señoras ponen a hervir hierbas en una olla (el tipo de hierba depende de los síntomas). Después meten una piedra en la olla para que comience a humear y el paciente aspira el vapor”⁴⁹.

“La diarrea ocurre por un choque de mal aire. Esto se cura con vapor. La vaporeadora asa una piedra y la mete en la olla donde están las hierbas (para que haya vapor); entonces sale el vapor y el niño enfermo lo absorbe. Luego al fondo de la olla sale el mal. Otra receta es comer pato, porque el pato se come la diarrea. Entonces le sacan una pluma al pato, la meten en agua hervida y así solucionan el problema. La diarrea también ocurre porque el estómago se volteo. En este caso el huesero le soba el estómago al niño y se lo reacomoda”⁵⁰.

De las IRAs se dice que “es una enfermedad que camina y agarra a los niños”. La explican por la presencia de frío o porque se han mojado. Para su cura se utilizan plantas medicinales; así mismo se utilizan los orines del enfermo para bañarlo y así bajarle la fiebre.

Para reducir la incidencia de IRAs y EDAs, el personal de salud recomienda a la población el ejercicio de una serie de prácticas de cuidado de la salud y la alimentación de los niños/as menores de 3 años. Las personas entrevistadas de Chuschi tienen su propia percepción sobre estas prácticas y sobre la posibilidad de realizarlas, que también es necesario considerar:

⁴⁸ Entrevista a Técnico de Enfermería del Puesto de Salud de Otica.

⁴⁹ Entrevista a Promotor de Cáritas en la Comunidad Indígena Anapate – Asháninka.

⁵⁰ Entrevista a Técnico de Enfermería del Puesto de Salud de Otica.

- LME: respecto de la lactancia materna, la partera nos informó que a los niños se les debe dar leche materna exclusiva sólo durante los primeros 3 o 4 meses; después tienen que comenzar a comer “porque el bebé ya mira y quiere sopa”. Más aún, si no se le da de comer, el niño/a “no va a tener fuerza, no va a ser un hombre trabajador. Igual es en el caso de la mujer”.
- Vacunas: la partera considera que “ponerle inyecciones a los niños/as desde los 3-4 meses es un error, les hace daño”. Al respecto nos comenta un caso: “a un niño que no se sentía bien lo internaron y le pusieron una inyección, y al niño le salieron ampollas por el interior de su cuerpo (lo quemaron) y se murió”. Según nos explicó, ella le hubiera medido el pulso y le hubiera dado algo fresco (suero de vaca – cuajo). Este es el tratamiento para el calor; cuando el cuerpo tiene calor el pulso se acelera.
- Lavado de manos: se lavan sólo con agua porque no tienen plata para usar el jabón. Se lavan después de cocinar. A los bebés se les baña diario, sólo con agua. En las entrevistas de campo realizadas en Chuschi – Ayacucho encontramos que las mujeres beneficiarias del Programa Juntos sí han recibido información del personal de salud sobre lo que es la desnutrición crónica. Ellas, a diferencia de lo ocurrido con los agentes tradicionales de salud, sí pueden identificar que la desnutrición se produce cuando la mujer gestante no está bien alimentada, o cuando no se le da una adecuada alimentación al niño/a. Explican que a un menor desnutrido se le reconoce porque tiene la barriga inflada y los ojos hundidos. También saben que un niño/a desnutrido rinde poco en la escuela y que la causa de ello es que “los alumnos son débiles de cabeza, están cansados, les falta alimentación, los gritan mucho o les pegan (se vuelven como sonsos)”.

En el caso de Huamanguilla el personal de salud opina que “las madres tienen muy claro qué es desnutrición y sus consecuencias, porque ellos las han sensibilizado. Antes no sabían qué era la desnutrición, pero ahora ya aprendieron a explicar qué es”⁵¹.

En las entrevistas realizadas en la comunidad de Llactaurán tanto las mujeres beneficiarias como no beneficiarias de Juntos nos dijeron que sí asisten al CRED, y lo hacen en la fecha en que son citadas por el personal de salud. “Las gestantes van al CS una vez al mes y al CRED también una vez al mes, de acuerdo a su cita. Cuando el niño tiene más de 1 año se va cada dos meses”. Asimismo identifican claramente que durante el CRED se pesa a los niños, se les talla, se controla su desarrollo, les hacen análisis y les ponen su vacuna, además de darle consejos a la madre sobre lactancia materna exclusiva, alimentación al niño/a cinco veces al día, lavado de manos con agua y con jabón e higiene de sus hijos/as. Informan asimismo que la consejería se les da en quechua y en castellano^{52 53}.

Sin embargo en las entrevistas también encontramos que las mujeres beneficiarias de Chuschi no tienen una noción clara de la importancia de la talla según la edad como indicador de la desnutrición crónica. Tampoco establecen una clara relación entre IRAs y EDAs con desnutrición; ni entre el lavado de manos o la lactancia materna exclusiva con la reducción de las diarreas. No tienen información sobre porqué es importante lavarse las manos o porqué es importante darle sólo leche materna a los menores de 6 meses. Queda claro que el personal de salud les da “consejos” sobre los cuidados de salud y alimentación que deben tener con sus hijos/as, pero no les explican porqué es importante cumplir con esos consejos. Ellas tampoco preguntan porqué; tienen miedo de preguntar mal, les da vergüenza, son tímidas, y al final salen del EESS con dudas. El personal de salud les da charlas, pero en grupos de 30 a 50 mujeres. Además las charlas son en castellano, así que las que sólo hablan quechua no les entienden.

En Anapate la situación es peor porque las mujeres no tienen información sobre qué es la desnutrición crónica ni sobre los cuidados de salud y alimentación que debe tener la gestante y las madres de los niños/as menores de tres años para evitarla. “En Anapate los niños/as nacen muy pequeñitos; las gestantes casi no comen nada y toman mazato. Es por eso que hay desnutrición crónica. Además las mamás no se preocupan por sus hijos/as, se ponen a tomar mazato y los descuidan”⁵⁴. Y cuando se les proporciona información, el personal de salud no lo hace en la lengua local. Según explican las mujeres beneficiarias del Programa Juntos, “la Enfermera del Puesto de Salud de Oviri ha hecho sesiones educativas sobre desnutrición crónica pero no le entendemos y ella se molesta”⁵⁵. Lo mismo ocurre en el establecimiento de salud: “La gente viene a atenderse, pero sólo habla asháninka, entonces no entiende lo que explica el enfermero y así tanto el enfermero como las mamás se quedan descontentos. Por

⁵¹ Entrevista al personal de salud del CC Huamanguilla.

⁵² Entrevista a mujeres indígenas beneficiarias de Juntos de la Comunidad de Llactaurán.

⁵³ Entrevista a mujeres indígenas No beneficiarias de Juntos de la Comunidad de Llactaurán.

⁵⁴ Conversación con familia Machiguenga.

⁵⁵ Reunión con Mujeres Beneficiarias de Juntos de la Comunidad Indígena Asháninka Anapate.

ejemplo, las mamás hacen referencia al maltrato de la Técnica de Oviri⁵⁶. Ellas sienten que no las quiere atender ni sellar sus tarjeta, y que las discrimina porque son asháninkas⁵⁷.

La pregunta que se desprende de ello es: ¿es posible lograr que las madres ejerzan las prácticas recomendadas?, ¿cómo? Por el momento parece que aún no se tiene mucho éxito. Así, al preguntarles a las mujeres de la Comunidad de Lactaurán qué le habían dado de desayuno a sus hijos, respondieron: “manzanilla, toronjil con cancha, sopa”.

Recuadro Nº 12 Percepción de la población indígena por el personal de salud en Ayacucho y Junín.

El personal de salud de Chuschi opina que la población, en especial la Comunidad de Tomanga, es reacia a asistir a los controles y a aplicar las recomendaciones que se les da en el servicio de salud. Consideran que esta actitud se debe a que las mujeres no toman conciencia, a su falta de interés, a la dificultad para acceder a los medios de comunicación y a la pobreza. Sobre su asistencia al CRED opinan que las mujeres beneficiarias acuden al servicio por cumplir. “Vienen por cumplir pero vienen, imagínate que no hay JUNTOS, ahí si ya prácticamente el establecimiento estaría vacío. Cuando vienen hacemos que tengan una atención integral aunque no quieran, por su sello (de esta forma garantizan sus coberturas salud). Ya saben las señoras, ya saben, porque si no, no les pagan (risas). Ellas me vienen mensual a su control y yo les digo: “te voy a tomar examen, dime qué alimentos le has dado, ¿qué te dije en la charla?”, “me olvide” dicen, “ya, para el siguiente mes me vas a aprender esto y esto”. Viene el siguiente mes, le pregunto y vuelve con que “me he olvidado”. Se supone que lo practica ¿no?, entonces ¿cómo se va a olvidar?. Damos charlas, estamos pregunta y pregunta, las mismas sesiones demostrativas, explicamos y cuando vamos a controlar “¿dónde está tu biohuerto?” Se ríen, les llega., la gente no toma conciencia, no toman interés, tu practicas con ellas pero nada. Están acostumbradas, difícil que les hagas cambiar. O sea si yo les digo: “tú has participado en la charla a ver ¿qué cosa le darías a tu bebe?”, hay señoras que te entienden, hay señoras que lo hacen pero la mayoría no. Vienen al centro sucias, les digo: “córtate las uñas o te las corto yo”, o sea vienen así (cara de disgusto) o sea una cosa es ser pobres y otra cosa es ser cochina; “¡si tu me vienes así cómo estará tu casa!” y cuándo vamos a su casa hasta los varones se ponen lisos “quién eres tu para que me obligues, ésta es mi casa yo hago lo que quiero en mi casa. El machismo. “¿Acaso tu me mantienes?” (le dice el varón a la enfermera). Las jovencitas entienden más y son más colaboradores, pero son más descuidadas. Hace unos días 3 niños se murieron por descuido, uno se asfixió con la leche, otro por el moco, captarán más rápido pero son más descuidadas. También hay señoras bien especiales que entienden el castellano pero te hablan en quechua, bien graciosas son (con media mala cara). Mejor sería que vengan (al EESS) las que quieran venir, pero como quien dice poquito pero de calidad”⁵⁸

En Otica tampoco se aplican las recomendaciones del personal de salud: “Se da charlas a las mamás sobre desnutrición crónica, pero las señoras se van a sus casas y no practican porque no tienen la costumbre. Asimismo la mayoría de partos son domiciliarios; a las gestantes no se les puede obligar a hacer parto institucional”⁵⁹.

En Satipo el personal de salud explica la diferencia entre ‘nativos’ (asháninkas) y ‘colonos’ (hispano-hablantes migrantes de la sierra) en términos de grado de ‘civilización’, es decir, el grado de ‘aculturación’ en relación con el idioma, las costumbres (p.ej., recolectar o cultivar la tierra, tener o no creencias y prácticas tradicionales de salud), la mentalidad (proyectista o inmediatista), etc. La misma Técnica asháninka de la Red Satipo señalaba que “los de Puerto Ocopa ya están civilizados, ya saben, ya entienden, ya entienden castellano, ya están sensibilizados.” ‘Sensibilizados’ significa para la enfermera de la Red Satipo que asuman costumbres más ‘occidentales’ y que se les haya “explicado, hecho ver los beneficios y preguntado la opinión.” “En Cheni -comenta la enfermera de la Red Satipo- no hay desnutrición crónica ni muerte materna (...) los otros nativos se han quedado con su pesca y su caza y nada más, en cambio ellos (en Cheni) han venido acá y han copiado bastante del occidental; usted va y no hay nadie en la comunidad, están sembrando, están sacando sus cosechas, y es una costumbre occidental; se han vuelto más mestizos y han mejorado, si ve su modo de vida, ya no es que están cocinando en el suelo, ya tienen su cocinita, pero eso sí cuando es su aniversario toditos están con su atuendo, se pintan...” “La población indígena -nos dice el personal de salud de Puerto Ocopa- no está acostumbrada a trabajar y producir sus propios alimentos, está acostumbrada a recibir y nunca trabaja; por ejemplo ellos no están acostumbrados a entrar y cultivar café, plátano, crianza de animales, no, la población nativa trabaja una mañanita, llega el sol y se mete a la casa. Se levanta a las 5am, va un par de horitas a la chacra, vuelven y todo el día en su casa, ¿qué haciendo? Masateando y cuando le dices se ríen; ese es su estilo de vida, su costumbre, difícil es para cambiar, por ejemplo la señora colona es más preocupada más higiénica y a la otra señora no le interesa, tu le dices y se ríen, le hablas le hablas pero

⁵⁶ Entrevista a Técnico de Enfermería del Puesto de Salud de Otica.

⁵⁷ Reunión con Mujeres Beneficiarias de Juntos de la Comunidad Indígena Asháninka Anapate.

⁵⁸ Entrevista al personal de salud del CS Chuschi

⁵⁹ Entrevista a Técnico de Enfermería del Puesto de Salud de Otica.

nada. No responden, es su mundo pues, está acostumbrada a una cosa y hacen eso nada más, aunque tú le digas y quieres cambiar su estilo de vida pero es difícil, a veces lo saben, le digo ¿cuántas veces hay que dar de comer? 5 veces, ya saben ya, pero ¿lo hacen? No lo hace ¿por qué? porque no tiene ¿qué le da de comer? Yuca, lo que tenga en la casa; pero en cambio a una colona tu le dices hazle comer esto, esto y se dedica al niño y lo hace; y de ellos son a veces los que más se enferman y el nativito nada, hay pocos que se enferman, pero son los más desnutridos, es la propia cultura que tienen “¿Por qué vienen entonces?, por los alimentos, si no hubiera alimentos, no vinieran, y Juntos les exige otra parte, con tal que van a recibir los 100 soles vienen; entonces si no les daríamos una contrapartida de los alimentos - que es su litro de aceite, su bolsita de arroz, su frijol o algo- son pocos los que vienen; yo les digo te toca tal día, sino vienes te voy a sancionar, no te voy a dar los alimentos y vienen cumpliditos, eso sí cuando tu le dices eso vienen puntuales”⁶⁰

“La comunidad como te digo ha despertado bastante prácticamente de nosotros han aprendido mucho, ellos al estar en contacto con nosotros han visto ‘por qué esos niños (colonos) están mejor y nosotros (asháninka) no’; hemos ido sensibilizando ‘¿ustedes piensan que van a perder su cultura si empiezan a sembrar más? ¿Van a perderla? No lo van a perder, más bien cuando ese niño quiere concursar por un puesto de trabajo ¿quién va a ganar? ¿Ese niño o este niño que está más gordito y más nutrido? Por más que digas que ya está bien cazando, no ya mataste su neurona su desarrollo, no va a poder...’, ellos mismos saben, en Tambo me dicen: ‘ya señora, ya sé lo que me vas a decir de mis paisanos, que duermen todo el día’. Todo el día es dormir, masato y dormir, al niño desde que nace le dan masato, ¿eso está bien? Cuando nosotros le decimos nos contestan: ‘ya déjame chori -así nos dicen a los colonos- a mí me gusta vivir así, déjame’”⁶¹

En el mismo sentido, otros han planteado la diferencia entre nativos y colonos en términos de mentalidad proyectista (colona) e inmediatista (asháninka): “la población colona tiene su mentalidad proyectista, se proyecta en el futuro, qué hago con mis hijos, de mi vida, qué va a ser de mí en los próximos años, la población asháninka es inmediatista, ellos piensan para hoy, para hoy nomás, ni siquiera para mañana, porque si mañana no tienen qué comer no les importa, no, no piensan en el futuro; y esto incluye en el sentido de qué para qué hago yo mi casa para mañana para qué la arreglo si hoy vivo bien, mañana viviré bien, pero algo va cambiando, algo, por ejemplo al principio no querían cocinar pero ahora ven que es más cómodo, y empiezan a utilizar”⁶² La representante de Cáritas al igual que el personal de salud, describe a las mujeres nativas como “pasivas, motivadas por la ley del mínimo esfuerzo (...) la población indígena no comprende, no percibe lo que es desnutrición, como no se notan las consecuencias, la población colona sí lo percibe, tampoco totalmente pero sí lo percibe mas”.

“Lo importante es la salud, si no hay salud no hay nada; las ONG dicen que deben mantener su costumbre, yo soy serrana a mí nadie me quita mi costumbre, yo más bien aprendo diferentes costumbres de otros pueblos, la costumbre se queda ahí, solamente queremos cambiar su forma de vida, nada más y que tengan calidad de vida. Yo ando resentida, ellos dicen que no tienen que cultivar, que comer cosas diferentes, a veces me da pena y a veces me indigna”⁶³.

Fuimos testigos de lo que el personal de salud de Chuschi denominaba como población ‘reacia’ y ‘malacostumbrada’. Al salir de la entrevista con el PS vemos al obstetra (quechua-hablante Ayacuchano) preocupado y lo oímos decir: “se ha escapado, la gestante se ha escapado!” y sale corriendo hacia la plaza. Después nos enteramos que había llamado a Pancho, un agente de policía con el que suele pasar su tiempo libre (son aliados me había dicho el médico jefe) y habían ido juntos en la ambulancia a buscar a la ‘gestante’ que resultó ser de Tomanga, la comunidad más ‘reacia’ del distrito. Encontraron a la gestante tratando de volver a su comunidad (4 horas de camino), “aunque decía que estaba queriendo quedarse con un familiar que tenía en Chuschi...bien sabidas son” me dice el obstetra. El policía y el obstetra obligan a la señora a subir a la ambulancia y a volver al establecimiento. Cuando pregunto al obstetra qué le dijo para que subiera me responde que aunque inicialmente se resistió: “el policía le dijo que su salud era responsabilidad del establecimiento de salud desde que había entrado al servicio y como la gente teme a la policía por la época de la violencia y piensan que le pueden pegar o algo, no tomó mucho para que la señora subiera” “Si no puedes por las buenas, me dice el obstetra, ya por las malas; si a un punto ya no obedece, qué me queda”. Durante el almuerzo el obstetra, el médico jefe y la enfermera comentaban: “es el colmo que encima que les estamos dando comida y tiene dónde quedarse, igual no entiende” El obstetra me contó luego que para que en Tomanga se organice el Comité de Salud tuvo que ir con el Juez de Paz y la policía. Al día siguiente visitamos a la señora, quechua-hablante monolingüe de Tomanga que nos contó que el personal de salud del Puesto de Tomanga la había hecho bajar diciéndole que le harían un chequeo, que nunca le dijeron que la obligarían a quedarse y que estaba muy preocupada porque no había avisado, no había dejado encargado a sus tres hijitos de 3, 5 y 7 años con nadie y que quería hablar con su esposo.....la señora lloraba.

⁶⁰ Reunión enfermeras y técnicas de la Microrred de Puerto Ocopa.

⁶¹ Entrevista enfermera y técnica de enfermería de la Red Satipo.

⁶² Entrevista a personal de CARITAS-Satipo.

⁶³ Reunión enfermeras y técnicas de la Microrred de Puerto Ocopa.

El problema sobre el que más se quejan las mujeres de Chuschi y Llaclaurán que acceden al servicio de salud y que les causa mucho malestar es el trato que les da el personal. Entre las principales quejas se mencionan las siguientes:

-Se demoran en atenderlas, las hacen esperar demasiado. Si llega el mediodía el personal de salud se va a almorzar y se demoran 2 o 3 horas. Ha ocurrido incluso que se ponen a jugar voley, las hacen esperar y no las atienden. A veces se demoran de dos a tres días porque priorizan las emergencias; en otros casos no están los profesionales, entonces les piden que regresen al día siguiente.

-Las gritan, las tratan mal, las insultan, les dicen sonsas. Cuando hay mucha gente o cuando las mujeres tienen cita y llegan tarde el personal de salud se molesta, reniega. Si las mujeres no hablan castellano es peor. Cuando gritan de dolor en el parto les dicen: “así habrás gritado con tu marido”, “a tu marido sí le abres las piernas”. A los hombres también los trata de tontos, sonsos.

-A las mujeres que no saben hablar castellano las tratan mal, se burlan de ellas, “no entiendes” les dicen.

-Las atienden con agua fría.

-Cuando dan a luz les dan de alta muy rápido (1 o 2 días), cuando debería ser después de 3 a 5 días; dicen que no hay sitio para quedarse. Después tienen que regresar a pie a sus comunidades y si quieren ir en auto les cobran la gasolina.

-Para el control pre natal las atiende un hombre cuando ellas preferirían que fuera una mujer.

-No les explican lo que les hacen, sólo llenan papeles. A ellas les gustaría que le explicaran, que le hablen con paciencia.

-Si bien en el establecimiento les entregan alimentos, les exigen que los recojan a las 5pm; como es tarde, le encargan a algún conocido que los recoja y vuelven por los alimentos otro día.

-Las obligan a la fuerza a dar a luz en el Centro de Salud.

A pesar del malestar que les causa este tipo de trato, las mujeres no reaccionan o muy pocas lo hacen, por el temor a posibles represalias.

Recuadro Nº 13 Percepciones sobre adecuación cultural de los servicios en Ayacucho

En entrevista con el personal de salud de Chuschi y Auquilla percibimos posiciones encontradas al respecto. Así por ejemplo, el personal de Auquilla se manifestó a favor de un acercamiento con el sistema tradicional de salud:⁶⁴ “el servicio de salud podría mejorar si se incorpora el sistema tradicional de salud al establecimiento, si el personal de salud se acerca al sistema tradicional e incorpora sus conocimientos. Algunos “personales de salud” sí queremos este acercamiento, pero otros no, dicen que esas son cojudeces. La gran parte de trabajadores no están preparados para acercarse al sistema tradicional. La relación con los usuarios debe ser horizontal, de confianza, familiar. Cuando se actúa de esa forma la gente se da cuenta y aprecia. Pero los que no actúan así, la gente no quiere que los atienda. Es importante también que el personal de salud sepa quechua”.

Sin embargo fue distinta la opinión y principalmente la actitud del personal del CS de Chuschi⁶⁵, quien nos manifestó que “algunas cosas de la medicina folclórica son benéficas pero otras no”: Nos dijo que acepta el parto vertical “pero nada de pellejos de animales sucios”. Así mismo nos dijo que acepta que la partera esté presente durante el parto “pero que no se meta”, y “si quieren tomar té de orégano está bien para evitar sangrado”.

A esta actitud del personal de salud se agrega, según opinión de la DIRESA, que “las mujeres gestantes no quieren que el personal de salud que las controla sean varones. Si finalmente lo “aceptan” es porque necesitan el dinero. También hay mujeres que prefieren el parto vertical, pero los establecimientos no ofrecen este servicio. Y si bien el personal de salud, en general, habla quechua, los médicos no lo hacen entonces las gestantes no le entienden”⁶⁶.

⁶⁴ Entrevista al personal del Puesto de Salud de Auquilla.

⁶⁵ Entrevista al personal del Centro de Salud de Chuschi.

⁶⁶ Entrevista a representantes de la DIRESA, el Programa Juntos y el SIS de Ayacucho.

1.3. Barreras de acceso institucional

Recuadro Nº 14 Barreras institucionales de acceso en Ayacucho y Junín.

Otra de las características de los establecimientos del ámbito rural y/o indígena es el déficit de personal. En el Centro de Salud de Chuschi, que es un I-3, trabajan 15 personas: 3 médicos (1 serum), 3 obstetras, 3 enfermeras, 4 técnicos, 2 odontólogos y 1 biólogo. Del total, 11 son profesionales y 4 son técnicos; asimismo 6 son quechua-hablantes y de la zona. El Jefe del Establecimiento considera que si bien la cantidad de personal ha aumentado, se debería contratar a un nutricionista para que se responsabilice de este tema. Al parecer ni el médico ni las enfermeras consideran que ésta sea su labor, que no se dan abasto para hacerla y que, si la hacen “la hacen a medias”. Actualmente sólo una enfermera se dedica al CRED y ella tiene que realizar tanto el diagnóstico de los niños/as, como las charlas en las comunidades; a ello se ha agregado el registro de los papelotes que ha dejado Juntos para evaluar a los niños/as en cada comunidad. Al ser 16 las comunidades las que están a su cargo no se da abasto para atenderlas. Según opinión de la enfermera encargada “un control de calidad es de 20’ a media hora por cada niño; imagínese que se amontonan 10 niños, a veces se quejan entonces uno tiene que hacer lo posible y ya no aplicamos el test AEDP sino la pauta breve, tratas de ganar tiempo, uno no se bandea y encima nos piden llenar esa ficha comunal... no se puede”⁶⁷.

A los anteriores problemas el personal del Centro de Salud de Chuschi agrega el relativo al bajo sueldo y el maltrato que reciben de sus superiores: “¿qué haces tú teniendo un personal si están mal pagados? Una profesional en enfermería gana 800 soles, o sea, creo que no es pues ¿no?, debe pagarse bien o más o menos, y entonces se dedica bien a sus actividades... además el mismo personal de la misma institución, en la microrred, te están con amenazas de “te boto, te boto”; entonces mal pagados, con esos problemas también y aparte los problemas familiares, los problemas de la misma población que es reacia, todo se junta y uno no puede hacer un buen trabajo”⁶⁸. El personal del Puesto de Salud de Auquilla agrega: “un SERUM gana 940 soles más las guardias (400 soles). Los descuentos suman 75 soles, entonces uno recibe más o menos 1,200 soles. Pero los pagos no son homogéneos, otros trabajadores reciben menos, son contratados por 700 soles. Yo estuve trabajando por CAS en Sarhua por 690 soles; a eso se le hacen los descuentos, más los gastos de pensión, me quedaban 400 soles. Incluso por el SIS han contratado por 400 soles”.

Además del bajo sueldo, el personal de salud se ve perjudicado económicamente porque ante determinadas circunstancias se ve obligado a asumir una serie de gastos que no les corresponde. Esta situación los obliga a buscar otras fuentes de ingreso. El personal de Auquilla lo explica: “las fotocopias de los formatos, los pasajes para las reuniones, la permanencia en Pomabamba, todo sale del bolsillo del personal de salud. Sólo para los cursos nos financian los pasajes y viáticos. Entonces he tenido que diversificarme, yo también soy programador”.

La inestabilidad laboral también representa una gran preocupación para los trabajadores de la salud: “mi contrato está hasta abril. Luego no sé a dónde iré porque soy contratado”⁶⁹. “Y ahora la contratación es por servicios no personales, están contratando por servicio de terceros, una modalidad que no te da beneficio a nada, en el momento que quieran te botan. Aquí no hay ningún nombrado y es un centro de salud. Es un maltrato. Llegamos al 20 y ya estás pensando ¿me pagarán este mes?, ¿me contratarán este mes? Estás con este miedo y tu ímpetu para seguir adelante te baja”⁷⁰.

“Otro problema es que las autoridades de salud cambian constantemente al personal, lo rotan. Incluso hay personas que no quieren irse porque están contentos y la comunidad quiere que se queden, pero igual los cambian”⁷¹.

Otro de los problemas que aqueja al personal de salud es la falta de oportunidades de capacitación y de desarrollo profesional. De acuerdo a los resultados del estudio realizado por la Defensoría del Pueblo en comunidades amazónica, el 65% del personal entrevistado (de los establecimientos de salud de las zonas estudiadas) no recibe (o recibe esporádicamente) capacitación⁷². Y respecto al desarrollo profesional el personal de Chuschi manifiesta su malestar: “A nivel profesional yo acá pierdo, las capacitaciones son en la ciudad, Internet no hay, no aprendo nada nuevo, todo es IRAS y EDAS...estamos esperando la facilidad para irnos”.

⁶⁷ Entrevista al personal de salud del CS Chuschi.

⁶⁸ Entrevista al personal de salud del CS Chuschi.

⁶⁹ Entrevista al personal del Puesto de Salud de Auquilla.

⁷⁰ Entrevista al personal de salud del CS Chuschi.

⁷¹ Entrevista a Técnico de Enfermería del Puesto de Salud de Otica.

⁷² Defensoría del Pueblo: “La salud de las comunidades nativas: un reto para el Estado”. Informe Defensorial N° 134. Lima – Perú, mayo 2008. Páginas 116-118.

También se quejan de que no se les reconozca económicamente el trabajo extramural, a pesar del esfuerzo que ello significa, especialmente por las largas caminatas que deben hacer. Las visitas a las comunidades les representan un trabajo adicional pero se quejan de que ello no representa una mejora en su sueldo. “Yo no gano más por haber salido. Nos dan más tarea, ¿y la parte económica?...nada. Trabajo más pero el sueldo sigue igual. Me exigen cobertura, me exigen vacunar, me exigen pero no me dan nada...”⁷³.

A su vez el personal de salud también se queja del maltrato que reciben de sus superiores. En una de las entrevistas al personal de salud se menciona lo siguiente: “no hay trato horizontal entre las partes. Hay maltrato de los superiores contra los inferiores. Los tratan como peones, les llaman la atención, no los escuchan, los amenazan con mandarles memorando. Estas cosas desalientan al trabajador. Exigen mucho”⁷⁴. Asimismo nos explicó que las reuniones de la Microrred, antes que ser un espacio para discutir problemas y plantear alternativas de solución, sólo se realizan para evaluar metas y para recibir amenazas de sus superiores.

“En la microrred Puerto Ocopa tienen reuniones mensuales para entregar información. Ha pedido que le entreguen materiales pero no llegan. El Jefe de la microrred es una persona accesible, le cuentan sus problemas y los atiende. El problema es el Jefe de la Red Satipo; han tenido reuniones con él y se han quejado, pero no los atienden. Sobre las Coordinadoras de los Programas, algunas son buena gente y otras no. Por ejemplo, existe una nueva estrategia para el CRED, entonces les exigen información pero no les dan los materiales necesarios para levantar la información”⁷⁵.

Curiosamente, al igual que la población no se queja ante el personal de salud por los maltratos que recibe, éste tampoco se queja ante sus superiores por miedo a las represalias. Ante la pregunta “¿De qué manera pueden hacer sentir su malestar?”, las respuestas fueron: “Nooo, eso es buscarse problemas”. “Sí, es buscarse el despido”. “Hay que aguantar no más”. “No puedes hablar a menos que tengas padrino, si no tienes padrino calladito no más”⁷⁶.

Los Jefes de las Microrredes también reciben maltratos de sus superiores, también son presionados por las autoridades, especialmente las que llegan de Lima a dar órdenes. “Por ejemplo, las autoridades que deciden las políticas llegaron a una reunión con Redes y Microrredes y les exigieron a rajatabla que se ejecuten ciertas acciones y los Jefes de Redes y Microrredes se opusieron porque lo que les pedían estaba totalmente fuera de la realidad”⁷⁷. “Los que están allá en el gobierno central no saben la realidad ¿no? y los de salud que trabajan en la ciudad no saben lo de periferia es muy diferente, hay una diferencia abismal, uno que aparte de la falta de personal, también a qué nos exponemos, le digo que es muy accidentado los lugares donde vamos, aparte de eso el terrorismo que está presente, nosotros teníamos que ir a una comunidad Tomanga y justito pasaron los terroristas que esto que otro, el otro día ella se fracturó el tobillo, pero ¿quién te reconoce? Y periferia es el peor pagado”⁷⁸.

Recuadro N° 15 Barreras institucionales de acceso en Junín.

Equipamiento: no tiene materiales educativos, sólo tiene un rotafolio. Se necesita que los materiales sean adecuados a la zona⁷⁹.

Recuadro N° 16 Barreras de acceso al SIS en Ayacucho

Por su parte el personal de la DIRESA informó que para la realización de las sesiones demostrativas nutricionales los establecimientos de salud cuentan, en general, con un solo kit; ello significa que sólo se puede hacer una sesión demostrativa a la vez por comunidad. Además de ello el principal problema es que no tienen presupuesto asignado para la compra de los alimentos que se requieren para dichas sesiones; nuevamente es el personal de salud quien tiene que financiar la compra de los insumos, gasto que tampoco es reconocido por el SIS ni mucho menos reembolsado. Tampoco se cuenta con suficientes balanzas y tallímetros estandarizados, ni personal suficientemente capacitado para realizar el pesaje y tallado.

⁷³ Entrevista al personal de salud del CS Chuschi.

⁷⁴ Entrevista al personal del PS de Auquilla.

⁷⁵ Entrevista a Técnico de Enfermería del Puesto de Salud de Otica.

⁷⁶ Entrevista al personal de salud del CS Chuschi

⁷⁷ Entrevista al personal del PS de Auquilla.

⁷⁸ Entrevista al personal de salud del CS Chuschi

⁷⁹ Entrevista a Técnico de Enfermería del Puesto de Salud de Otica.

Recuadro N° 17 Barreras de acceso al SIS en Junín.

“El reembolso del SIS no es completo. Hemos aumentado la producción pero el SIS no lo reconoce. Se ha contratado personal para evitar las muertes maternas que ha logrado resultados, pero se les está debiendo dos meses de pago porque el SIS no nos reembolsa. Hemos duplicado nuestra producción y sin embargo nos mandan la misma cantidad de dinero por reembolso, es decir, el monto histórico”⁸⁰.

Recuadro N° 18 Barreras de acceso al SIS en Junín.

“Lo que se necesita es que se descentralicen las contrataciones para poder contratar a personal local, asháninka. Cuando las convocatorias se hacen en Huancayo postula la gente de Huancayo, pero ellos no se acostumbran a las condiciones de vida y costumbres de las comunidades de Satipo; la gente de Satipo no tiene dinero para ir hasta Huancayo a postular”⁸¹.

“Cuando el personal de salud viene de fuera (son colonos), vienen sólo para cumplir, para ganarse unos centavos, pero no ven los problemas de la comunidad y como solucionarlos”⁸².

2. Barreras de Acceso al Programa JUNTOS

2.1 Afiliación a Juntos

2.1.a. Focalización geográfica.

2.1.b Focalización de hogares.

Recuadro N° 19 Barreras de acceso al SIS en Junín.

Una de las señoras informó que se ha inscrito dos veces en Juntos. La primera vez le preguntaron si su esposo era profesional y ella les dijo que no; pero le dijeron que no tiene acceso al Programa porque tiene chacra y animales. No le explicaron bien por qué. Y en la segunda le dijeron que la excluyen porque tiene cerco de tabla (se apoya a los que tienen cerco rústico)⁸³.

Recuadro N° 20 Problemas de focalización de hogares en Ayacucho

Durante el trabajo de campo en Chuschi las mujeres y autoridades entrevistadas nos expresaron su queja unánime sobre el proceso de focalización de hogares o selección de familias beneficiarias. Todos ellos consideraron que es muy injusto que se deje fuera del Programa a familias que son muy pobres, especialmente madres solteras. Las propias beneficiarias expresaron no estar satisfechas con la explicación que se les ha brindado sobre el porqué se deja fuera a estas familias (son errores cometidos por el INEI). Esta opinión coincide con la vertida por el personal de Juntos⁸⁴, quien afirma que existe una sub cobertura a nivel nacional, especialmente por los problemas que se presentan con la estrategia de focalización de hogares (aplicación de la ficha), la misma que excluye a muchas familias en extrema pobreza. Una de las principales razones por las que ocurre esta exclusión es que el encuestador del INEI comete errores en el momento de registrar la información familiar en la ficha; en consecuencia el sistema inmediatamente excluye la ficha, y por lo tanto excluye también a la familia, aunque los datos demuestren que se trata de una familia en extrema pobreza que cumple con los requisitos establecidos para ser elegible. Otro de los problemas que genera exclusión es que en el Censo del INEI hay muchas familias omisas, es decir, no todas las familias están incluidas en el Censo; al tomarse el Censo como base de la información poblacional, las familias omisas quedan excluidas.

La existencia de familias “elegidas” y “no elegidas” dentro de una misma comunidad provoca que se formen dos sectores, y esto a su vez genera divisiones internas y conflictos, además de las evidentes diferencias en las condiciones de vida entre las familias. Así por ejemplo, se notan grandes diferencias entre los niños/as cuando van a la escuela: los/as “elegidos” llevan útiles escolares, uniforme, mochila, etc., mientras que los “no elegidos” no cuentan con nada de esto. “Se reporta también que algunos niños no quieren asumir responsabilidades en la escuela, y que algunas mujeres se niegan a participar en

⁸⁰ Reunión con Director de la Red de Satipo y Director de la DIRESA Junín.

⁸¹ Reunión con Director de la Red de Satipo y Director de la DIRESA Junín.

⁸² Entrevista a Técnico de Enfermería del Puesto de Salud de Otica.

⁸³ Reunión con Mujeres No Beneficiarias de Juntos de la Comunidad Indígena Asháninka Anapate.

⁸⁴ Entrevista a equipo técnico del Programa Juntos – Ayacucho.

actividades comunales o reuniones convocadas por el sector salud o educación, pues consideran que esta tarea les corresponde a quienes “les pagan por ello”⁸⁵. Estas diferencias causan mucho malestar en las familias que no fueron seleccionadas; las mujeres excluidas “tienen un gran resentimiento contra las beneficiarias, mucho más el día de pago. A veces las mujeres de estas familias van al Banco el día de pago pensando que ese mes les darán a ellas también. Incluso algunas lloran porque no les dan el pago”⁸⁶. Esta situación empeora cuando no se les da una explicación clara y razonable sobre el porqué de la exclusión, lo que a su vez genera una percepción de arbitrariedad en la selección. A ello se agrega que no existen procedimientos institucionales claramente establecidos que permitan reevaluar a las estas familias y enmendar los errores cometidos en plazos determinados, lo que frustra aún más las expectativas de las mismas.

La percepción del personal de Juntos es que el proceso de focalización de hogares está generando inequidades al interior de las comunidades, se está generando exclusión en un Programa que se supone es de inclusión social. Ellos se han quejado ante las distintas instancias del propio Juntos, pero aún no se resuelve el problema⁸⁷.

Los entrevistados⁸⁸ también expresaron la presencia de una serie de problemas durante la Asamblea de Validación, entre ellos las deficiencias u omisiones en la convocatoria, lo que excluye a las familias que no resultaron elegidas luego de la focalización de hogares. Asimismo los presentes en la Asamblea se resisten a opinar sobre qué familias debían permanecer en el Programa y cuáles no, debido al temor a posibles represalias. Por su parte las autoridades expresan su rechazo a los resultados obtenidos con la aplicación de la ficha, pero no tienen la facultad de agregar a la lista familias no elegidas que sí cumplen con los requisitos. Las mujeres beneficiarias de Juntos expresaron desconocer el contenido del Convenio de Compromiso firmado con el Estado. En este Convenio no se explican las condicionalidades, sino sólo una serie de referencias generales sobre el Programa de difícil interpretación. Ello se hace más difícil en el caso de mujeres monolingües y más aún en el caso de mujeres analfabetas.

2.2 Cumplimiento de condicionalidades en salud

Recuadro Nº 21 Problemas de focalización de hogares en Junín

El personal de salud ha señalado reiteradamente que cuando se le presiona a la población nativa, ella reacciona rechazando el programa Juntos: “no me interesa cobrar los 100 soles porque me condicionan” han oído decir⁸⁹.

Recuadro Nº 22 Problemas de focalización de hogares en Junín

Además les han cambiado la tarjeta CRED, entonces la Técnica en Enfermería no quiere llenar la tarjeta con los datos de la mamá y el niño, sólo llena las tarjetas de las que van al Puesto de Salud de Oviri. Las que no tienen cómo financiar su viaje se quedan con la tarjeta vacía y tienen miedo de que Juntos no les pague. Los profesores tampoco quieren poner el sello en la tarjeta porque dicen que no tiene registrado el nombre de la mamá y el niño⁹⁰.

2.2.a. Monitoreo de condicionalidades.(y condicionalidades extras)

Recuadro Nº 23 Problemas de focalización de hogares en Junín

La falta de información entre las beneficiarias genera una serie de rumores y temores que el promotor no termina de aclarar:

Una de las asistentes preguntó sobre la procedencia del dinero del Programa Juntos. Ella estaba preocupada porque le habían dicho que el dinero lo pone el pistacho y que luego va a venir a robarse los órganos de sus hijos⁹¹.

⁸⁵ Alcázar, Lorena: “El Programa Juntos y su impacto en el bienestar de la infancia”. Páginas 7-8.

⁸⁶ Entrevista a mujeres mestizas de Chuschi, beneficiarias del Programa Juntos.

⁸⁷ Entrevista a equipo técnico del Programa Juntos – Ayacucho.

⁸⁸ Entrevista a equipo técnico del Programa Juntos – Ayacucho.

⁸⁹ Reunión enfermeras y técnicas de la Microrred de Puerto Ocopa.

⁹⁰ Reunión con Mujeres Beneficiarias de Juntos de la Comunidad Indígena Asháninka Anapate.

⁹¹ Reunión con Mujeres Beneficiarias de Juntos de la Comunidad Indígena Asháninka Anapate.

En Puerto Ocopa y Rio Tambo, las noticias de pishtacos relacionados al Programa han provocado un retiro importante de familias de Juntos entre abril y mayo del 2009 ⁹².

Recuadro Nº 24 Monitoreo de condicionalidades en Ayacucho

De acuerdo a la información proporcionada por el Programa Juntos en Ayacucho, los promotores –previa capacitación en consejería nutricional- realizan talleres y visitas domiciliarias para dar orientación nutricional y medir peso y talla. Antes de realizar estas visitas coordinan con el personal de salud, identifican los casos de beneficiarias que no están asistiendo a los controles o que han tenido problemas, y es a éstas a las que se visita. Un promotor puede hacer de 25 a 30 visitas domiciliarias al mes. Durante las visitas domiciliarias también se trabaja el tema de viviendas saludables: cocinas mejoradas, rellenos sanitarios, agua segura, etc.⁹³.

Sin embargo, de acuerdo a la información proporcionada por las mujeres de la comunidad de Llactaurán, “la promotora no visita la comunidad. A veces las cita y no llega. Sólo se reúne con las Presidentas y luego la Presidenta informa a las demás”⁹⁴.

Las mujeres beneficiarias informaron que la promotora las amenaza con sacarlas del Programa cuando faltan a las reuniones, no cumplen con las condicionalidades o no ayudan a sus hijos en la escuela⁹⁵. Llamó la atención la preocupación de las mujeres por saber el destino del dinero que no les dan en los casos en que están suspendidas por tres meses⁹⁶.

Además de las condicionalidades establecidas por el Programa Juntos, los promotores exigen a las beneficiarias el cumplimiento de una serie de actividades adicionales que recargan su jornada de trabajo. En el caso de Llactaurán, las obligan a bordar manteles y las amenazan con sacarlas de Juntos si no lo hacen; por encargo de la Promotora, la Presidenta cumple la función de amenazar a las beneficiarias con informar a la Promotora si éstas no cumplen con entregar el mantel en la fecha establecida. También tienen que hacer trabajo comunitario, por ejemplo, para producir papa; si no participan también las amenazan⁹⁷.

2.2.b. Efectos del cumplimiento de condicionalidades:

Recuadro Nº 25 Efectos del programa en Ayacucho y Junín

Los compromisos asumidos por las mujeres con el Programa Juntos les ha significado una recarga en sus labores cotidianas. Así por ejemplo:

- Las labores domésticas y agropecuarias que antes realizaban los niños/as y que significaban un recurrente ausentismo escolar, ahora las realiza la madre.
- Cumplir con el CRED le ha significado aumentar el número de veces que asiste al servicio y, con ello, el tiempo invertido tanto en el traslado hasta el establecimiento como el tiempo de espera para ser atendida.
- La realización de las condicionalidades extra como el bordado de manteles y el trabajo comunitarios también le significa invertir tiempo en actividades que antes no realizaba.
- La participación en las charlas de orientación nutricional, que son de asistencia obligatoria, así como en las reuniones convocadas por el Promotor les significan también un incremento de su jornada diaria.

En el caso de Llactaurán las mujeres manifestaron que gracias a los 100 soles pueden comprar alimentos para sus hijos/as, pero además ahora consumen el queso y los huevos que ellos producen; anteriormente estos productos eran vendidos en el mercado para obtener dinero en efectivo. Además han comprado animales menores y han construido galpones para la crianza de cuyes; otras decidieron ahorrar y lograron comprar vacas u ovejas. También han comprado semillas de hortalizas y ahora producen verduras; antes las tenían que comprar en el mercado⁹⁸.

La percepción del personal de salud sobre el Programa Juntos es muy distinta. En la entrevista realizada al personal de Chuschi éste nos manifestó lo siguiente: “usted sabe que JUNTOS apoya a las mujeres

⁹² Reunión enfermeras y técnicas de la Microrred de Puerto Ocopa.

⁹³ Entrevista a representantes de la DIRESA, el Programa Juntos y el SIS de Ayacucho.

⁹⁴ Entrevista a mujeres indígenas beneficiarias de Juntos de la Comunidad de Llactaurán.

⁹⁵ Entrevista a mujeres indígenas beneficiarias de Juntos de la Comunidad de Llactaurán.

⁹⁶ Entrevista a mujeres mestizas de Chuschi, beneficiarias del Programa Juntos.

⁹⁷ Entrevista a mujeres indígenas beneficiarias de Juntos de la Comunidad de Llactaurán.

⁹⁸ Entrevista a mujeres indígenas beneficiarias de Juntos de la Comunidad de Llactaurán.

con 100 soles (...) pero primeramente yo digo que esto de JUNTOS no está bien guiado, porque generalmente agarran esos 100 soles se lo dan al marido y el marido se los gasta (gesto de beber alcohol); yo creo que a la persona hay que enseñarle a pescar y no darle todo fácil; yo veo mal a JUNTOS, están malacostumbrando a la gente: uno, que el SIS ya brinda, está bien, son personas pobres, pero hay gente que ni valora, deciden no venir acá (al centro de salud) y darle prioridad a sus animales, incluso cuántas veces no se les habla de los partos domiciliarios y hay partos domiciliarios, no se nutren bien, y ahora viene JUNTOS, viene CRECER y otras instituciones y ahora ellos (la población) se creen con derecho a todo...por ejemplo, yo he estado trabajando en comunidades y hubo un caso de mordeduras de vampiros. Teníamos movilidad, era difícil el acceso y entonces le digo a la señora: “Voy a mandar a traer la ambulancia pero tus dos niños tienen que ir al Hospital de Huamanga porque la antirrábica la tienen allá” y le explico. Y la señora me dice: “¡Maldito! ¡Desgraciado! ¡Cuándo se estén muriendo será, ahorita están bien!” Yo sí me alteré, ya le había explicado y me dice eso...Qué sucede...es que le malograba que ella tenía que ir a la Puna a ver a sus animales y cuando bajan los niños tenía que ir la mamá, por eso me maldijo, porque tenía que ver a sus animales”⁹⁹. Otra persona del mismo establecimiento nos dijo lo siguiente: “JUNTOS es un programa asistencialista, hay que enseñar a pescar y no solamente dar de comer. JUNTOS tiene efectos negativos porque la población ya no quiere trabajar y genera resentimientos entre beneficiarios y no beneficiarios”¹⁰⁰.

A pesar de que el personal de salud de Chuschi no tiene una opinión favorable del Programa Juntos por considerarlo asistencialista, reconoce que la cobertura del CRED y, en general, de los servicios de salud, ha aumentado de manera significativa: “antes las personas no asistían, JUNTOS nos ayuda a cerrar la brecha. Aún así hay la actitud de “si a mi no me dan plata para qué voy a ir”¹⁰¹.

Llama la atención sin embargo la información que proporcionó otro prestador del Centro de Salud de Chuschi respecto a que las beneficiarias registran y dan cuenta sobre el cumplimiento de las condicionalidades. Según dijo, él obtiene información sobre la relación de las beneficiarias del Programa Juntos de las Actas de las Presidentas. Éstas le entregan este documento para que él pueda chequear el cumplimiento de las condicionalidades: “entre ellas mismas se marcan” -señala el obstetra- “cada beneficiaria tiene que ser un ente de información para el personal de salud sobre lo que pasa en su comunidad”¹⁰².

En Puerto Ocopa el personal de salud opinan que “Juntos está mejorando, más que nada a captar a la gestante, detectar un cáncer, como le estamos diciendo que tienen que hacer todos sus exámenes, y le orientamos por ejemplo sobre malaria o lo que se necesita y de acuerdo a un plan de promoción de la salud”¹⁰³.

Asimismo percibe que el Promotor de Juntos no coordina con ellos: “Salud coordina muy poco con Juntos; en Junio ha habido un evento en Puerto Ocopa para ver nutrición y mortalidad materna; ha habido compromisos, dos se están cumpliendo, los otros no (...) Los compromisos han sido uno que Juntos tenía que unificar criterios de información con el personal, porque ellos habían entrado así sin capacitar y dar a conocer los objetivos al personal de salud y el personal se quejó porque Juntos le traía su fichita y le decía “por favor esto lo rellenas” y el personal le decía: “esto es tuyo, yo no tengo por qué hacerlo”. Recargar el trabajo del personal de salud. ¿Quién llena las fichas de Juntos? Han coordinado con cada personal de salud y les dejan para que rellenen pero eso nosotros le hemos dicho que “si tú le dejas este formato y no lo has sensibilizado bien no lo va a hacer porque estás cargando más trabajo; ahora si tú le explicas que por ahí también va a tener la estrategia que va a venir la familia, va a tener sus controles, va a tener su inmunizaciones, que vamos a hacer la sesión educativa de tal tema eso es otra cosa, va a entender que va a ser un apoyo para mí”. Si la persona que entra a Juntos está bien sensibilizada con salud, yo sé que ella va a coordinar con salud, con esa visión es un gran apoyo, pero si va a venir para cumplir sus objetivos, todo va mal”¹⁰⁴.

“Con la promotora de Juntos la verdad solo la he visto cuando viene a pagar, una vez al mes, las demás veces no viene, les he preguntado a la mamás y dicen que no viene; a nosotras nos ayuda a reunir a la población, pero no trabajamos juntos”. Cuando llega Juntos al establecimiento de salud, llega a revisar las Fichas de Registro de Juntos para ver el cumplimiento de las condicionalidades de salud de las beneficiarias. Estas fichas las llena la Presidenta de Juntos contrastando la información que tiene la enfermera responsable de CRED en sus tarjetas CRED: “si ese mes está al día yo le marco un aspa, esa mamá es cumplida”¹⁰⁵.

⁹⁹ Entrevista al personal de salud del CS Chuschi.

¹⁰⁰ Entrevista al personal del Centro de Salud de Chuschi.

¹⁰¹ Entrevista al personal del Centro de Salud de Chuschi.

¹⁰² Entrevista al personal del Centro de Salud de Chuschi.

¹⁰³ Reunión enfermeras y técnicas de la Microrred de Puerto Ocopa.

¹⁰⁴ Entrevista enfermera y técnica de enfermería de la Red Satipo.

¹⁰⁵ Reunión enfermeras y técnicas de la Microrred de Puerto Ocopa.

2.3 Proceso de pago y graduación

Recuadro N° 26 Proceso de pago en Junín

Una de las asistentes informó que no le han querido pagar sus 100 soles porque su DNI ha caducado. Para pagarle le exigen que lo renueve, pero ella tiene miedo de gastar haciendo el trámite y que luego tampoco le paguen. El promotor no le ha explicado nada al respecto¹⁰⁶.

Recuadro N° 27 Proceso de pago en Junín

El promotor de Juntos tampoco visita la comunidad y por lo tanto no informa cuáles son las madres sancionadas para que ellas no vayan en vano a cobrar el dinero y gasten por gusto. El promotor debería informar también sobre las razones de la sanción¹⁰⁷.

Recuadro N° 28 Proceso de pago en Ayacucho y Junín

En el caso de Chuschi, el lugar de pago es la sala de reuniones de la Municipalidad Distrital. A las beneficiarias que les resulta muy lejos venir hasta Chuschi, no se trasladan a cobrar todos los meses sino que lo hacen cada dos o tres meses. Lo que llama la atención es que estas mujeres se quejan de que cuando van a cobrar sólo les pagan lo que corresponde a ese mes y no el monto acumulado de varios meses. Según dicen, cuando reclaman por este hecho les responden: “no molesten, no tengo que responderte, a mí no me pagan para responder tus preguntas. Y como a veces dentro del grupo hay mujeres que entienden más rápido y otras más lento, entonces la promotora se cansa y se molesta”¹⁰⁸.

En el caso de Anapate: “Para ir hasta Puerto Ocopa, lugar en el que se cobran los 100 soles, se gasta mucho: son 25 soles hasta remolino y 5 soles más hasta Puerto Ocopa. A ello se agrega el gasto en los víveres del niño/a y el flete que hay que pagar si se lleva carga. Entonces no queda nada. Es por este motivo que las mujeres van a cobrar cada 4 meses, pero el pagador se queda con una parte de lo que les corresponde a las mujeres, generalmente con la mitad”¹⁰⁹.

“Las madres le han pedido al promotor ir a cobrar cada 6 meses, pero el promotor les ha dicho que no se puede”¹¹⁰.

Las madres no pueden viajar todos los meses a cobrar porque gastan mucho. Pero cuando van a cobrar no les pagan todo lo que han acumulado sino menos¹¹¹.

Recuadro N° 29 Graduación en Ayacucho

Respecto de la graduación del Programa Juntos, mientras que las mujeres beneficiarias del ámbito urbano de Chuschi solicitan que el Programa Juntos se extienda por dos años más (adicionales a los 4 años) para que puedan comprar más cosas y para que les den asistencia técnica para la crianza de sus animales, las mujeres de la comunidad de Llactaurán manifestaron que después de los 4 años se quedarán con todo lo que han podido construir, y que darán las gracias con alegría.

¹⁰⁶ Reunión con Mujeres Beneficiarias de Juntos de la Comunidad Indígena Asháninka Anapate.

¹⁰⁷ Reunión con Autoridades de las Comunidades Indígenas Asháninkas de Anapate – Cheni y Oviri.

¹⁰⁸ Entrevista a mujeres indígenas beneficiarias de Juntos de la Comunidad de Llactaurán.

¹⁰⁹ Reunión con Autoridades de las Comunidades Indígenas Asháninkas de Anapate – Cheni y Oviri.

¹¹⁰ Reunión con Autoridades de las Comunidades Indígenas Asháninkas de Anapate – Cheni y Oviri.

¹¹¹ Reunión con Mujeres Beneficiarias de Juntos de la Comunidad Indígena Asháninka Anapate.